

**UNIVERSIDAD DE MÁLAGA**  
**Facultad de Ciencias de la Salud**



**Tesis Doctoral**

**FACTORES PREDICTORES DE ESTRÉS  
EN RELACIÓN A LAS PRÁCTICAS  
CLÍNICAS DEL GRADO EN FISIOTERAPIA**

**Miguel Ángel Infantes Rosales**

**Málaga, 2017**





UNIVERSIDAD DE MÁLAGA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



Tesis Doctoral

FACTORES PREDICTORES DE ESTRÉS EN RELACIÓN A LAS  
PRÁCTICAS CLÍNICAS DEL GRADO EN FISIOTERAPIA

Autor:

MIGUEL ÁNGEL INFANTES ROSALES

Directores:

DRA. D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> TERESA LABAJOS MANZANARES

DR. D. JUAN ANTONIO ARMENTA PEINADO


Málaga, 2017





UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

AUTOR: Miguel Ángel Infantes Rosales

 <http://orcid.org/0000-0001-5798-4221>

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización  
pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): [riuma.uma.es](http://riuma.uma.es)







UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

Facultad de Ciencias de la Salud

Dña. M<sup>a</sup> Teresa Labajos Manzanares, Dra. en Medicina y Cirugía por la Universidad de Málaga y Catedrática del Departamento de Fisioterapia de la Universidad de Málaga, y D. Juan Antonio Armenta Peinado, Dr. por la Universidad de Málaga y Profesor Titular de Universidad del Departamento de Fisioterapia de la Universidad de Málaga

Certifican que:

El trabajo presentado como Tesis Doctoral por D. Miguel Ángel Infantes Rosales , titulado "Factores predictores de estrés en relación a las prácticas clínicas del Grado en Fisioterapia" ha sido realizado bajo nuestra dirección y consideramos que reúne las condiciones apropiadas en cuanto a contenido y rigor científico para ser presentado a trámite de lectura.

Y para que conste donde convenga se firma el presente en Málaga a diecinueve de diciembre de dos mil dieciséis.



Fdo. M<sup>a</sup> Teresa Labajos Manzanares

Fdo. Juan Antonio Armenta Peinado

UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA





## AGRADECIMIENTOS

A la Dra. M<sup>a</sup> Teresa Labajos Manzanares, por la dirección de esta tesis, su paciencia y apoyo, así como por la confianza que ha depositado en mí.

Al Dr. Juan Antonio Armenta Peinado, por su energía, dedicación y palabras de aliento en los momentos difíciles.

Al Dr. Francisco Javier Barón López, por su ayuda en la interpretación estadística.

A las Universidades Andaluzas que han participado y han permitido poder llevar a cabo este trabajo.

A los profesores encargados de las estancias clínicas por sus consejos, colaboración e inestimable ayuda.

A todos los estudiantes del Grado en Fisioterapia de Andalucía, que sin su participación, no hubiera sido posible llevar a cabo este proyecto.

A todos los compañeros que comparten mi andadura y especialmente a los que emprendieron un nuevo camino, pero que siguen estando presentes, Manolo Palomo y Germán Navas.





UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA



*A mis hijos, Víctor, Marina y Guillermo  
el principal motivo de cada nuevo día.*

*A Carmen, el sentido de mi vida*

*A Juan Antonio, amigo infatigable, quien  
sin su apoyo, no habría alcanzado tantos éxitos*



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA



*"Trabajar no es sólo aplicar una serie de conocimientos y habilidades para conseguir satisfacer nuestras propias necesidades; trabajar es fundamentalmente hacerte a ti mismo transformándote en realidad". (Martín-Baró, 1998).*

*"Nuestra recompensa se encuentra en el esfuerzo y no en el resultado. Un esfuerzo total es una victoria completa".*

*Mahatma Gandhi (1869-1948)*

*"Sólo aquellos que se arriesgan a ir muy lejos, pueden llegar a saber lo lejos que pueden ir" (T.S. Elliot)*



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

## Índice de Contenidos

Índice de Tablas .....XV

Índice de Gráficos.....XIX

Primera parte: Marco teórico

---

Capítulo 1.....1

Introducción .....1

Capítulo 2.....7

Estrés .....7

2.1 - Concepto y evolución .....7

2.2 - Modelos explicativos del estrés ..... 11

2.2.1 - El estrés como estímulo..... 14

2.2.2 - El modelo de estrés como respuesta ..... 28

2.2.3 - El estrés como relación individuo-ambiente ..... 39

Capítulo 3.....43

Estresores-Estrés .....43

Universidad .....43

3.1 - Factores Predictores en la Universidad.....43

Capítulo 4.....55

Estresores-Estrés .....55

Ciencias de la Salud .....55



4.1 Factores Predictores en Ciencias de la Salud.....	55
4.1.1 - Comparativa entre diferentes disciplinas en Ciencias de la Salud.....	57
4.1.2 - Estrés y factores predictores en Estudiantes de Medicina .....	59
4.1.3 - Estrés y factores predictores en Estudiantes de Enfermería .....	63
4.1.4 - Estrés y factores predictores en Estudiantes de Fisioterapia.....	69
Capítulo 5.....	75
Estresores-Estrés .....	75
Práctica Clínicas en Fisioterapia .....	75
5.1 - Factores Predictores de Estrés en las Prácticas Clínicas en Fisioterapia.....	75
5.1.1 - Una revisión de lo publicado en las prácticas clínicas en Fisioterapia.....	77
Capítulo 6.....	87
Normativa y Legislación .....	87
6.1 - El Prácticum en Fisioterapia .....	87
6.1.1 - Fechas de publicación planes de estudios de Graduado/a en Fisioterapia por las universidades andaluzas.....	98
6.1.2 - Convenio Marco y Adenda .....	99

---

Segunda parte: Marco empírico

---

Capítulo 7.....	105
Justificación .....	105
7.1 - Justificación del estudio .....	105
Capítulo 8.....	107
Objetivos.....	107
8.1 - Objetivo General.....	107
8.2 - Objetivos específicos .....	107
Capítulo 9.....	109
Metodología y diseño de la investigación .....	109
9.1 - Tipo de estudio.....	109
9.2 – Población .....	109
9.3 - Selección de la muestra.....	110
9.4 - Descripción de la muestra .....	111
9.5 - Criterios de inclusión y exclusión .....	114
➤ 9.5.1 - Inclusión .....	114
➤ 9.5.2- Exclusión .....	114
9.6 - Descripción de las variables de investigación .....	114
➤ 9.6.1 - Variables descriptivas sociodemográficas:...	114
➤ 9.6.2 - Variables descriptivas socioeducativas: .....	115

➤ 9.6.3 - Variables de resultado:.....	116
9.7 - Descripción del instrumento de medida .....	116
9.8 - Dimensiones que se analizan.....	118
➤ 9.8.1 - Dimensión I: Hacer frente a situaciones complejas o urgentes: .....	118
➤ 9.8.2 - Dimensión II: Perjudicar al paciente: .....	119
➤ 9.8.3 - Dimensión III. Impotencia, incertidumbre o contradicciones: .....	119
➤ 9.8.4 - Dimensión IV: Enfrentarse a situaciones de sufrimiento del paciente: .....	120
➤ 9.8.5 - Dimensión V. Hacer frente a relaciones difíciles/incomodas, y/o resultar perjudicado por el paciente o familiar/cuidador: .....	121
➤ 9.8.6 - Dimensión VI. Relación con tutores clínicos y/o profesionales de la salud: .....	121
➤ 9.8.7 - Dimensión VII. Establecer vínculos estrechos por parte del paciente. Implicación emocional: .....	122
➤ 9.8.8 - Dimensión VIII. Sobrecarga física, psíquica, emocional o económica: .....	123
9.9 - Consideraciones Éticas .....	124
9.10 - Análisis Estadístico de los datos .....	125
9.10.1 - Validez factorial del cuestionario de factores predictores de estrés.....	129
9.10.2 -Factores obtenidos mediante análisis factorial.....	134



➤ Factor 1. Resultar perjudicado en la relación con el paciente o familiares. ....	135
➤ Factor 2. Incoherencia o contradicciones. ....	135
➤ Factor 3. Contacto con pacientes gravemente afectados. ....	136
➤ Factor 4. Impotencia e Incertidumbre. ....	136
➤ Factor 5. Relación con Tutores y Centros. ....	137
➤ Factor 6. Perjudicar al Paciente. ....	137
➤ Factor 7. Falta de Competencias. ....	138
➤ Factor 8. Implicación Emocional. ....	138
➤ Factor 9. Situaciones Complejas. ....	138
➤ Factor 10. Otras situaciones estresoras. ....	139
9.10.3 - Alfa de Cronbach de nuevos factores. ....	139
➤ Factor 1: Resultar perjudicado en la relación con el paciente o familiares. ....	139
➤ Factor 2: Incoherencia o contradicciones. ....	140
➤ Factor 3: Contactos con pacientes gravemente afectados. ....	140
➤ Factor 4: Impotencia e incertidumbre. ....	141
➤ Factor 5: Relación con tutores y centros. ....	142
➤ Factor 6: Perjudicar al paciente. ....	142
➤ Factor 7: Falta de competencia. ....	143

➤ Factor 8: Implicación emocional.....	143
➤ Factor 9: Situaciones complejas.....	144
➤ Factor 10: Otras cuestiones.....	144
9.11 - Análisis de los datos.....	145
Capítulo 10.....	147
Resultados.....	147
10.1- Sociodemográficos y socioeducativos.....	147
10.1.1 - Edad .....	147
10.1.2 - Género .....	148
10.2 - Factores predictores de estrés en las Prácticas Clínicas .....	150
10.2.1 - Factor 1: Resultar perjudicado en la relación con el paciente o familiares.....	150
➤ Ítem 25 - Recibir una agresión verbal o física por parte del paciente o familiar/cuidador.....	150
➤ Ítem 26 - Recibir la denuncia de un paciente o familiares.....	152
➤ Ítem 37 - Que un paciente se me insinúe.....	153
➤ Ítem 36 - Que el paciente pueda tocar “ciertas partes” de mi cuerpo.....	154
➤ Ítem 27 - Tener que trabajar con pacientes agresivos. 155	
➤ Ítem 29 - Contagiarme a través del paciente.....	157

➤ Ítem 30 - Desconocer protocolos de higiene en Hospitales/Centros Sanitarios, especialmente con pacientes portadores de enfermedades infecciosas. ....	158
➤ Ítem 23 - Que el paciente/cuidador me infravalore, trate mal o menosprecie, por ser alumno en prácticas. ....	159
➤ Ítem 24 - Tener que afrontar posibles quejas del paciente o familiares. ....	161
10.2.2 - Factor 2: Incoherencia o contradicciones. ....	162
➤ Ítem 15 - No poder dedicarle a cada paciente el tiempo que considero necesario. ....	162
➤ Ítem 44 - Que el paciente o la familia no sigan las recomendaciones propuestas (falta de adherencia al tratamiento). ....	164
➤ Ítem 45 - No contar con los recursos necesarios para un tratamiento adecuado. ....	164
➤ Ítem 33 - Que no se tengan en cuenta las propuestas de tratamiento del alumno. ....	165
➤ Ítem 16 - Recibir órdenes contradictorias. ....	166
➤ Ítem 43 - Tener que realizar otras funciones que no son propias de Fisioterapia. ....	167
➤ Ítem 17 - Las posibles diferencias entre lo que aprendemos en clase y lo que vemos en las prácticas. ....	168
➤ Ítem 35 - La falta de relación/integración con los compañeros estudiantes de Fisioterapia o del equipo multidisciplinar. ....	168

➤ Ítem 42 - La sobrecarga de trabajo. ....	169
10.2.3 - Factor 3: Contacto con pacientes gravemente afectados. .....	170
➤ Ítem 20 - Tratar a un paciente en cuidados intensivo y/o con ayudas externas (ventilación mecánica, sueroterapia, colostomía, etc.).....	170
➤ Ítem 19 - Ver y/o tratar a un paciente en estado vegetativo/coma.....	171
➤ Ítem 21 - Tener que tratar a un paciente con heridas, amputaciones, deformaciones, quemaduras, material externo de osteosíntesis, etc. ....	172
➤ Ítem 22 - Tener que tratar a niños gravemente afectados.	173
10.2.4 - Factor 4: Impotencia e incertidumbre .....	175
➤ Ítem 10 - Encontrarme en alguna situación sin saber qué hacer.	175
➤ Ítem 9 - Tener que tratar a un paciente no habiendo podido acceder a la información clínica. ....	177
➤ Ítem 12 - Mostrar incertidumbre o no saber cómo abordar en primera instancia y/o progresar en un tratamiento. 178	
➤ Ítem 11 - No saber cómo responder a las preguntas o expectativas de los pacientes y/o sus familiares.....	180
➤ Ítem 14 - Sentir que no puedo ayudar al paciente..	182
10.2.5 - Factor 5: Relación con los tutores y centros .....	184



➤ Ítem 48 - La asistencia a algún centro no bien valorado por los comentarios de los estudiantes. ....	184
➤ Ítem 49 - Tener que realizar las prácticas en solitario como único alumno. ....	185
➤ Ítem 47 - Tener que realizar prácticas en centros específicos (piscina, centro deportivo, etc.), donde la indumentaria pueda hacerme sentir incomodo/a. ....	186
➤ Ítem 32 - No estar supervisado por el responsable/tutor durante la intervención. ....	187
➤ Ítem 46 - Tener que realizar prácticas en un centro en el que inicialmente no empatice con el tipo de pacientes del mismo.	188
➤ Ítem 34 - Tener que evaluar al tutor y/o centro. ....	188
➤ Ítem 31 - Problemas en la relación con el tutor en el centro de prácticas. ....	189
10.2.6 - Factor 6: Perjudicar al paciente .....	189
➤ Ítem 5 - Hacer mal mi trabajo y perjudicar al paciente.	189
➤ Ítem 6 - Alterar psicológicamente al paciente. ....	192
➤ Ítem 7 - Confundirme al elegir y/o aplicar un tratamiento inapropiado. ....	194
10.2.7 - Factor 7: Falta de competencia .....	196
➤ Ítem 8 - Tener que realizar procedimientos que puedan resultar dolorosos al paciente. ....	196

➤ Ítem 13 - Incertidumbre o duda ante la petición de determinadas terapias específicas por parte del paciente o cuidador. 197

➤ Ítem 18 - Tener que hablar con el paciente de su sufrimiento. .... 199

➤ Ítem 3 - Llevar a cabo la intervención fisioterapéutica con la familia presente..... 200

10.2.8 - Factor 8: Implicación emocional..... 202

➤ Ítem 38 - Que me afecten las emociones del paciente. 202

➤ Ítem 40 - La noticia del fallecimiento de un paciente sometido a tratamiento de Fisioterapia. .... 204

➤ Ítem 41 - Implicarme demasiado con el paciente. .. 207

➤ Ítem 39 - Ver al paciente que no mejora o incluso, va empeorando a pesar del tratamiento. .... 208

10.2.9 - Factor 9: Situaciones complejas..... 209

➤ Ítem 1 - Tener que entenderme con un paciente con problemas de comunicación (afectación u otro idioma). .... 209

➤ Ítem 2 - Tener que tratar a un paciente demenciado. 210

➤ Ítem 4 - Que se pueda presentar una situación de urgencia. 210

10.2.10 - Factor 10: Otras cuestiones ..... 212

➤ Ítem 28 - El mal estado de higiene del paciente. .... 212

➤ Ítem 50 - La asistencia al centro de prácticas me ocasione dificultad en el desplazamiento, horarios y/o importantes gastos económicos imprevistos. ....	213
10.3 - Comparativa de resultados entre factores y variables sociodemográficas/educativas. ....	214
10.3.1 - Factores vs Género .....	214
10.3.2 - Factores vs Grupo Etario.....	215
10.3.3 - Factores vs Curso. ....	215
Capítulo 11 .....	217
Discusión.....	217
11.1 - Discusión general.....	217
11.2 – Datos sociodemográficos/educativos .....	218
11.2.1 – Edad .....	218
11.2.2 – Género.....	219
11.2.3 – Curso.....	220
11.3 – Factores predictores de estrés en las Prácticas Clínicas .....	221
11.3.1- Factor 1: Resultar perjudicado en la relación con el paciente o familiares.....	221
11.3.2 - Factor 2: Incoherencia o contradicciones.....	226
11.3.3 - Factor 3: Contacto con pacientes gravemente afectados. ....	230
11.3.4 - Factor 4: Impotencia e incertidumbre. ....	233

11.3.5 - Factor 5: Relación con los tutores y centros. ....	236
11.3.6 - Factor 6: Perjudicar al paciente .....	240
11.3.7 - Factor 7: Falta de competencia.....	243
11.3.8 - Factor 8: Implicación emocional.....	246
11.3.9 - Factor 9: Situaciones complejas.....	248
11.3.10 - Factor 10: Otras cuestiones.....	250
Capítulo 12.....	253
Conclusiones.....	253
Capítulo 13.....	261
Limitaciones.....	261
Capítulo 14.....	263
Prospectiva.....	263
Capítulo 15.....	265
Resumen.....	265
Referencias bibliográficas .....	271
Anexo I .....	290
Autorización del Comité Ético de Experimentación de la Universidad de Málaga .....	290
Autorización de la Comisión de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud UMA .....	292
Tabla I. Cuestionario por Dimensiones inicial .....	293



Tabla II. Cuestionario por factores final .....	298
Tabla III Estadísticas de Grupo por Genero T Student y Levene .....	302
Tabla III Estadísticas de Grupo por Curso T Student y Levene .....	304
Tabla III Estadísticas de Grupo por Edad. T Student y Levene .....	306
Tabla IV Prueba $\chi^2$ de Pearson por Genero .....	308
Tabla IV Prueba $\chi^2$ de Pearson por Curso .....	343
Tabla IV Prueba $\chi^2$ de Pearson por Edad .....	378
Tabla V Frecuencias de ítems .....	413
Tabla VI Media de factores por orden estresor.....	414



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

## Índice de Tablas

Tabla 1. Distribución por cursos y universidades participantes.....	113
Tabla 2. Resultado $\alpha$ de Cronbach.....	127
Tabla 3. Correlación total $\alpha$ de Cronbach y escala de valor si se elimina el ítem. ....	128
Tabla 4. Prueba de Kaiser-Meyer-Olkin y esfericidad de Barlett. ...	131
Tabla 5. Varianza total explicada. ....	132
Tabla 6. Matriz de Componente rotado. ....	133
Tabla 7. Frecuencia Edad.....	147
Tabla 8. Vía de Ingreso al Grado .....	149
Tabla 9. Frecuencias Ítem 25 .....	151
Tabla 10. Frecuencias Ítem 26. ....	152
Tabla 11 Frecuencias. Ítem 37 .....	153
Tabla 12. Frecuencias Ítem 36. ....	154
Tabla 13. Frecuencias Ítem 27. ....	156
Tabla 14. Frecuencias Ítem 29. ....	158
Tabla 15. Frecuencias Ítem 30. ....	159
Tabla 16. Frecuencias Ítem 23 .....	159

Tabla 17. Frecuencias Ítem 24. ....	161
Tabla 18. Frecuencias Ítem 15. ....	163
Tabla 19. Frecuencias Ítem 44. ....	164
Tabla 20. Frecuencias Ítem 45. ....	165
Tabla 21. Frecuencias Ítem 33. ....	165
Tabla 22. Frecuencias Ítem 16. ....	167
Tabla 23. Frecuencias Ítem 43. ....	167
Tabla 24. Frecuencias Ítem 17. ....	168
Tabla 25. Frecuencias Ítem 35. ....	169
Tabla 26. Frecuencias Ítem 42. ....	169
Tabla 27. Frecuencias Ítem 20. ....	170
Tabla 28. Frecuencias Ítem 19. ....	172
Tabla 29. Frecuencias Ítem 21. ....	172
Tabla 30. Frecuencias Ítem 22. ....	174
Tabla 31. Frecuencias Ítem 10. ....	175
Tabla 32. Frecuencias Ítem 9. ....	177
Tabla 33. Frecuencias Ítem 12. ....	178
Tabla 34. Frecuencias Ítem 11. ....	180
Tabla 35. Frecuencias Ítem 14. ....	182
Tabla 36. Frecuencias Ítem 48. ....	185
Tabla 37. Frecuencias Ítem 49. ....	185

---

Tabla 38. Frecuencias Ítem 47. ....	187
Tabla 39. Frecuencias Ítem 32. ....	187
Tabla 40. Frecuencias Ítem 46. ....	188
Tabla 41. Frecuencias Ítem 34. ....	188
Tabla 42. Frecuencias Ítem 31. ....	189
Tabla 43. Frecuencias Ítem 5. ....	190
Tabla 44. Frecuencias Ítem 6. ....	193
Tabla 45. Frecuencias Ítem 7. ....	194
Tabla 46. Frecuencias Ítem 8. ....	196
Tabla 47. Frecuencias Ítem 13. ....	198
Tabla 48. Frecuencias Ítem 18. ....	199
Tabla 49. Frecuencias Ítem 3. ....	201
Tabla 50. Frecuencias Ítem 38. ....	203
Tabla 51. Frecuencias Ítem 40. ....	205
Tabla 52. Frecuencias Ítem 41. ....	207
Tabla 53. Frecuencias Ítem 39. ....	209
Tabla 54. Frecuencias Ítem 1. ....	209
Tabla 55. Frecuencias Ítem 2. ....	210
Tabla 56. Frecuencias Ítem 4. ....	211
Tabla 57. Frecuencias Ítem 28. ....	212
Tabla 58. Frecuencias Ítem 50. ....	214



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA



## Índice de Gráficos

Gráfico 1. Población (P) y muestra (n) de estudio por provincias ..	112
Gráfico 2. Muestra: Porcentajes muestras por universidades .....	112
Gráfico 3. Distribución por curso.....	113
Gráfico 4. Gráfico de sedimentación .....	134
Gráfico 5. Distribución de frecuencia y porcentaje variable Género	148
Gráfico 6. Ítem 25 vs Género .....	151
Gráfico 7. Ítem 26 vs Género.....	152
Gráfico 8. Ítem 37 vs Género .....	154
Gráfico 9. Ítem 36 vs Género.....	155
Gráfico 10. Ítem 27 vs Género. ....	156
Gráfico 11. Ítem 27 vs Edad agrupada. ....	157
Gráfico 12. Ítem 23 vs Género. ....	160
Gráfico 13. Ítem 23 vs Edad agrupada. ....	161
Gráfico 14. Ítem 24 vs Género. ....	162
Gráfico 15. Ítem 15 vs Género. ....	163
Gráfico 16. Ítem 33 vs Edad agrupada. ....	166
Gráfico 17. Ítem 20 vs Edad agrupada. ....	171
Gráfico 18. Ítem 21 vs Curso. ....	173

Gráfico 19. Ítem 22 vs Curso. ....	174
Gráfico 20. Ítem 10 vs Género .....	176
Gráfico 21. Ítem 10 vs Edad agrupada. ....	176
Gráfico 22. Ítem 9 vs Género.....	178
Gráfico 23. Frecuencias Ítem 12 vs Género.....	179
Gráfico 24. Ítem 12 vs Edad agrupada. ....	180
Gráfico 25. Ítem 11 vs Género. ....	181
Gráfico 26. Ítem 11 vs Edad agrupada. ....	182
Gráfico 27. Ítem 14 vs Género. ....	183
Gráfico 28. Ítem 14 vs Edad agrupada. ....	184
Gráfico 29. Ítem 49 vs Género. ....	186
Gráfico 30. Ítem 5 vs Género.....	191
Gráfico 31. Ítem 5 vs Edad agrupada. ....	191
Gráfico 32. Ítem 5 vs Curso. ....	192
Gráfico 33. Ítem 6 vs Curso. ....	193
Gráfico 34. Ítem 7 vs Género.....	195
Gráfico 35. Ítem 7 vs Edad agrupada. ....	195
Gráfico 36. Ítem 8 vs Género.....	197
Gráfico 37. Ítem 13 vs Género. ....	198
Gráfico 38. Ítem 18 vs Género. ....	200
Gráfico 39. Ítem 3 vs Género.....	201

Gráfico 40. Ítem 3 vs Edad agrupada. ....	202
Gráfico 41. Ítem 38 vs Género. ....	203
Gráfico 42. Ítem 38 vs Edad agrupada. ....	204
Gráfico 43. Ítem 40 vs Género. ....	205
Gráfico 44. Ítem 40 vs Edad agrupada. ....	206
Gráfico 45. Ítem 40 vs Curso. ....	207
Gráfico 46. Ítem 41 vs Género. ....	208
Gráfico 47. Ítem 4 vs Edad agrupada. ....	211
Gráfico 48. Ítem 28 vs Curso. ....	213



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

# Primera parte: Marco teórico

---





UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA



# Capítulo 1

## Introducción

Uno de los objetivos prioritarios de la Universidad es la formación integral de sus estudiantes, con el propósito de que se adapten a las necesidades demandantes de la sociedad actual y más concretamente a la futura incorporación al mercado laboral donde puedan desempeñar plenamente su profesión.

Junto a este compromiso formativo, en los últimos años ha aumentado el interés por conocer y preservar la salud mental y emocional de la comunidad universitaria. Concretamente se hace hincapié en el grado de estrés que puedan presentar o que puedan percibir los alumnos (carga personal) en su periodo adaptativo entre el cambio del instituto a su etapa superior, así como los factores que puedan desencadenar nuevos componentes que aumenten el estrés a lo largo del periodo formativo.

Esto se debe a que, el periodo formativo dentro de la universidad viene a formar parte de una etapa importante del desarrollo de habilidades profesionales e implementación de recursos de afrontamiento, que arraigaran para el resto de sus vidas. Por ello tal como sugiere Brougham et al. (2009)<sup>1</sup>, representa un periodo crítico en sus vidas, y es por ello que la universidad intente aunar esfuerzos para conseguir una formación lo más integral posible, donde también se incluya de manera prioritaria la necesidad de potenciar los recursos de afrontamiento del estudiante y el desarrollo de habilidades en la

gestión del estrés, como comentan González y Landero (2008)<sup>2</sup>, y también como se ha podido constatar en la estrecha relación existente entre la aparición del estrés con una disminución en el bienestar físico, psicológico y social, como confirman en su trabajo Park et al. (2012)<sup>3</sup>.

Dentro del campo que nos ocupa, la Fisioterapia, se ha estudiado, en los últimos años principalmente, el estrés académico, pero el aspecto clínico, todavía sigue estando escasamente analizado. No ocurre lo mismo con otras disciplinas como Enfermería o Medicina, donde, junto al estrés académico, se ha analizado el estrés que genera la asignatura del Prácticum y se conocen ampliamente cuales son los factores desencadenantes de este estrés entre la población estudiantil que va a abordar su periodo de prácticas.

Ahora bien, no podemos decir lo mismo en el Grado en Fisioterapia, donde apenas se ha examinado el estrés que pueden presentar los alumnos en su periodo de prácticas clínicas, y lo poco publicado, solo permite esbozar datos aislados de algún posible factor desencadenante de estrés, pero hasta donde se ha podido constatar, no se ha encontrado ningún cuestionario completo, ni que decir tiene, estructurado o validado, que permita conocer las posibles situaciones generadoras de estrés en las prácticas clínicas en Fisioterapia.

Esto no ocurre, como hemos comentado con anterioridad, con los estudiantes de Enfermería donde en 2003, Zupiria et al.<sup>4</sup>, confeccionaron un cuestionario, conocido en las publicaciones como "KEZKAK", que es un referente dentro de las prácticas clínicas en

Enfermería, donde se analizan los factores estresores de los estudiantes en las prácticas clínicas. Este cuestionario permitió analizar esta problemática con rigor científico, permitiendo generar un amplio conocimiento y estudio exhaustivo de la situación de los alumnos de Enfermería en su relación con el estrés en las prácticas clínicas.

Esta línea de investigación también ha permitido establecer otras paralelas sobre cómo preparar a los alumnos en esta etapa formativa.

Por ello, la situación de los alumnos del Grado en Fisioterapia actualmente, es de desconocimiento frente estas circunstancias generadoras de estrés, ya que los factores que pudieran generar el mismo, bien sea inducido por circunstancias reales, bien sea generado por apreciaciones personales no se ha analizado de forma científica ni estructurada.

Por tanto, con este trabajo se pretende contribuir a mejorar el conocimiento disponible acerca de los factores predictores de estrés en el ámbito de las prácticas clínicas que experimentan los estudiantes universitarios en el Grado en Fisioterapia. Para ello se tratará de ofrecer una visión global de este fenómeno, analizando qué antecedentes situacionales son el origen de una mayor percepción de estos factores que generan estrés clínico, con la idea de estructurarlos y diseñar una herramienta que nos permita conocer más sobre su incidencia entre los estudiantes.

De este modo, el presente trabajo de investigación se ha estructurado en dos partes. La primera parte: Marco teórico, consta de seis capítulos, donde se conceptualiza el tema objeto de la investigación.

En el capítulo uno, en el cual nos encontramos, se ha realizado una introducción sobre la situación actual del estrés en Fisioterapia.

En el capítulo dos, titulado Estrés, se describe el origen del termino y los modelos explicativos del mismo en su evolución; el estrés como estímulo, como respuesta y como relación individuo ambiente.

En el capítulo tres, titulado Estresores-Estrés. Factores Predictores en la Universidad, se analiza la situación desde el cambio de Bachillerato hasta la plena integración en la universidad, conociendo cuales son los factores predisponentes en esta etapa.

En el capítulo cuatro, titulado Estresores-Estrés. Factores Predictores en Ciencias de la Salud, se analiza la situación del estrés y sus factores desencadenantes en las disciplinas de Ciencias de la Salud.

En el capítulo cinco, titulado Factores Predictores de Estrés en las prácticas clínicas en Fisioterapia, se analiza específicamente el estrés en el contexto de la etapa prácticas de los estudiantes de

Fisioterapia, así como un análisis exhaustivo de lo publicado hasta el momento en ese periodo específico.

En el capítulo seis, titulado el Prácticum en Fisioterapia, se ha realizado una descripción de la configuración de las asignaturas de prácticas clínicas en los títulos de Grado en Fisioterapia.

La segunda parte: Marco empírico, se estructura en nueve capítulos.

En el capítulo siete, Justificación, se intenta argumentar la relevancia del desarrollo del presente trabajo de investigación.

En el capítulo ocho se exponen los Objetivos del estudio.

En el capítulo nueve se desarrolla la Metodología y el diseño de la investigación.

En el capítulo diez y once se exponen los resultados y discusión general en relación a los objetivos planteados.

En el capítulo doce se describen las Conclusiones de este trabajo.

En el capítulo trece, se establece la Prospectiva del estudio y su futura línea de investigación.

En el capítulo catorce, Limitaciones, se analiza críticamente las deficiencias halladas en este estudio y sugerencias de mejora.

Por último, en el capítulo quince se realiza un Resumen del contenido de la tesis doctoral, incluyendo en su parte final las referencias bibliográficas y los anexos del presente trabajo.

## Capítulo 2

### Estrés

#### 2.1 - Concepto y evolución

El estrés desde su concepción etimológica, pasando por el propio concepto y su terminología, a día de hoy sigue provocando diversidad de opiniones y controversia.

Etimológicamente la más aceptada parece ser que deriva de la palabra griega "Stringere", cuyo significado era "apretar", "provocar tensión", si bien Cooper y Dewe (2004)<sup>5</sup>, le atribuyen un origen del latín con el mismo significado, "apretar". Al igual que Mendiola (2010)<sup>6</sup> nos sitúa en Francia y refiere que el termino original proviene del francés antiguo "destresse" que significaba ser colgado bajo estrechez u opresión.

A lo largo de varios siglos, un gran número de variantes de la palabra estrés se ha podido encontrar en la literatura inglesa<sup>7</sup>. Según Lumsden (1981)<sup>8</sup>, la palabra estrés, se reconoció con diferentes variantes en los textos ingleses tal como: "stresse", "strest", "straise", o la que ha llegado a nuestros días como "distress", vocablo que con el tiempo perdió la sílaba di y se convirtió en "stress", la cual se tradujo



al español como “estrés”. El término estrés fue aceptado por la Real Academia de la Lengua Española en la década de los años 70 del siglo XX.

Lumsden<sup>8</sup>, sitúa en el siglo XIV cuando empieza a aparecer el termino en los textos. Por otro lado, Ivancevich y Matteson (1989)<sup>9</sup>, sitúan también en esa época la primera vez que se emplea el termino como una acepción no técnica, sino ya bajo un enfoque desde el punto de vista de la salud, para referirse a problemas, adversidad, aflicción, dificultad o lucha.

Fue también durante esa época cuando el médico y fisiólogo francés, Claude Bernard, introdujo por primera vez la idea de que el medio interno de los organismos vivos debe permanecer en constante respuesta de adaptación a las influencias de los cambios externos<sup>10-12</sup>.

Para Bernard, la característica más importante de los organismos vivos, era su capacidad de armonía o equilibrio. La idea de que dentro de los organismos vivos convivían la armonía y la coherencia dio lugar a su noción de equilibrio del medio interno, o lo es lo mismo, lo que hoy conocemos como homeostasis. Bernard señaló que esa armonía es la que permite a los seres vivos la supervivencia, es decir la capacidad de vivir libre e independiente<sup>12</sup>. Esa capacidad de regulación del medio interno debe conseguir que nada perturbe su desarrollo; si algo lo consiguiese, entonces el individuo podría enfermar e incluso a la larga fallecer<sup>13</sup>.

Otro termino que introdujo fue el de "Supervivencia", según Bernard, es el mantenimiento constante del medio interno a través de "reacciones compensatorias continuas" en respuesta a influencias o cambios en el entorno exterior<sup>14</sup>. El trabajo de Bernard refleja la visión mecanicista de la biología<sup>15</sup>.

Cannon (1922)<sup>16</sup>, fue uno de los pioneros en estudiar las respuestas fisiológicas ante una situación de estrés. Propuso el término "homeostasia", para designar los procesos fisiológicos coordinados, que mantienen constante el medio interno mediante numerosos mecanismos fisiológicos, y "la respuesta de lucha o huida". El concepto de homeostasis hace referencia al equilibrio interno en las funciones fisiológicas del organismo. El funcionamiento óptimo del organismo implica el mantenimiento de unas constantes vitales necesarias para la supervivencia y el bienestar. La perturbación de ese equilibrio por algún agente nocivo y los procesos reparadores subsiguientes, constituirían la reacción biológica de estrés<sup>17</sup>.

En los años 30 del pasado siglo, Hans Selye<sup>18</sup>, observó que todos los enfermos, además de padecer las enfermedades diagnosticadas en sus respectivas historias clínicas, presentaban síntomas comunes y generales, independientemente de la enfermedad que presentaban: cansancio, pérdida de apetito, disminución del peso y astenia, entre otros. A estas características las llamó el "Síndrome de estar enfermo"<sup>19</sup>.

Continuando con lo observado, Selye realizó experimentos físicamente extenuantes con ratas de laboratorio, comprobando tres factores de reacción común: la elevación de las hormonas suprarrenales (adrenocorticotrófica [ACTH]), epinefrina y norepinefrina (adrenalina y noradrenalina en su antigua nomenclatura), atrofia del sistema linfático y la presencia de úlceras gástricas. A este conjunto de factores que se desarrollaban en los animales los denominó “estrés biológico”, y más tarde simplemente “estrés”<sup>19</sup>.

Selye (1960)<sup>20</sup>, en la publicación de su libro define el estrés como la suma de todos los efectos inespecíficos de factores (actividades cotidianas, agentes productores de enfermedades, drogas, hábitos de vida inadecuados, cambios abruptos en el entorno laboral o familiar) que pueden actuar sobre la persona. Consideró entonces, que varias enfermedades desconocidas como las cardíacas, la hipertensión arterial y los trastornos emocionales o mentales, no eran sino la resultante de cambios fisiológicos de un prolongado estrés en los órganos de choque mencionados, y que estas alteraciones podrían estar predeterminadas genética o constitucionalmente. Sin embargo, al continuar con sus investigaciones, añadió a sus ideas, que no solamente los agentes físicos nocivos actuando directamente sobre el organismo animal son productores de estrés, sino que, además, en el caso del hombre, las demandas de carácter social y las amenazas del entorno del individuo, que requieren de una capacidad de adaptación, provocan el trastorno del estrés.

A partir de esta primera definición de estrés, se han suscitado múltiples definiciones en la literatura publicada sobre el estrés, dependiendo del enfoque del investigador.

Tal como nos describe Pereyra (2010)<sup>21</sup>, las definiciones son diferentes desde el enfoque de disciplinas con orientaciones teóricas diferentes.

- Los enfoques fisiológicos y bioquímicos acentuaron la importancia de la respuesta orgánica, es decir, que el estrés surge en el interior de la persona.
- Las orientaciones psicológicas y sociales, han hecho énfasis en el estímulo y en la situación que genera el estrés, centrándose en factores externos.
- Otras orientaciones han acentuado definir el estrés de forma interactiva. Esta visión atribuye a la persona la acción decisiva en el proceso, al especificar que el estrés, se origina en la evaluación cognitiva que hace el sujeto al intermediar entre los componentes internos y los que provienen del entorno.
- Los modelos integradores multimodales precisan que el estrés no puede definirse desde una única concepción, sino que se hace necesario comprenderlo como un conjunto de variables que funcionan sincrónica y diacrónicamente dinamizadas a lo largo del ciclo de vida.

## 2.2 - Modelos explicativos del estrés

Al igual que se ha comentado al principio del capítulo con el origen del término, la falta de unanimidad conceptual entre los

diferentes investigadores, hace difícil concretar una definición específica para el estrés.

El Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua (2011)<sup>22</sup>, lo define como: (Del inglés stress). Sustantivo masculino que, en el campo de las ciencias de la salud, es concebido como “Tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicosomáticas o trastornos psicológicos a veces graves”.

Según el Diccionario de Psicología (Galimberti, 2002)<sup>23</sup> se define el estrés como “Intensa reacción emocional a una serie de estímulos externos que activan respuestas fisiológicas y psicológicas de naturaleza adaptativa. Si los esfuerzos del sujeto fallan porque el estrés supera la capacidad de respuesta, el individuo es vulnerable a la enfermedad psíquica, la somática o ambas”.

Para el Diccionario de Términos Técnicos de la Psicología Cosacov (2007)<sup>24</sup>, Stress (puede castellanizarse como estrés): “reacción de adaptación al peligro o la amenaza descrita por Hans Selye. También se lo denomina popularmente “fight” o “flight” syndrome, o síndrome de la lucha o la huida, pues prepara al organismo para pelear o escapar. El estrés supone una reacción metabólica, que consiste en mayores latidos cardíacos, bombeo de la sangre a las extremidades, liberación de glucosa y producción de noradrenalina, lo cual, prepara al cuerpo para la acción. Y aunque una situación no represente amenaza alguna, todas las emociones, incluso

---

las positivas que causan estrés, requieren un nivel de estrés acotado en su intensidad”.

Consuegra (2010)<sup>25</sup>, en su Diccionario de psicología, define el vocablo estrés como: “Reacción fisiológica y psicológica del organismo frente a las demandas del medio. / Respuesta general e inespecífica del organismo a un estresor o situación estresante. La respuesta de estrés es la respuesta inespecífica del organismo a cualquier demanda. Es el resultado de la interacción entre las características de la persona y las demandas del medio. Se considera que una persona está en una situación de estrés o bajo un estresor cuando ha de hacer frente a situaciones que conllevan demandas conductuales que le resulta difícil poner en práctica o satisfacer. Por ello, depende tanto de las demandas del medio como de sus propios recursos para enfrentarse a él”.

Y el Diccionario Mosby de Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud<sup>26</sup>, lo define como: “Cualquier factor emocional, físico, social, económico o de otro tipo, que requiere una respuesta o un cambio, como la deshidratación, que puede provocar un aumento de la temperatura corporal, o la separación de los padres, que puede provocar el llanto en un niño pequeño”.

Como podemos apreciar, no existe una unanimidad de criterio, ni una definición consensuada en los diferentes diccionarios.

En general, se puede afirmar que las definiciones de estrés se han organizado, a partir de las propuestas de los distintos investigadores<sup>19,27-29</sup>, de acuerdo con tres apreciaciones clásicas de referencia: el estrés como estímulo, como respuesta o como interacción individuo-ambiente. Estas apreciaciones se constituyen como modelos explicativos del estrés, que delimitan y acotan aspectos diferentes de este estado, y orientan su investigación en consonancia con las distintas dimensiones o manifestaciones del mismo.

En este sentido, Lazarus y Folkman<sup>27</sup> siendo los más referenciados en la literatura, sugerían la conveniencia de optar por considerar al estrés “como un concepto organizador utilizado para entender un amplio grupo de fenómenos de gran importancia en la adaptación humana y animal”, considerándolo más que como una variable “como una rúbrica de distintas variables y procesos”. Considerando a los estímulos que desencadenan una respuesta al estrés como factores desencadenantes de estrés o estresores.

### **2.2.1 - El estrés como estímulo.**

Atendiendo a la clasificación taxonómica del estrés como estímulo, consideramos como objetivo principal organizar los diferentes factores desencadenantes de estrés o estresores en función de sus características intrínsecas.



---

La distinción entre estresores de naturaleza u origen biogénico frente a los de tipo psicosocial, constituye una de las clasificaciones más extendidas de definir los factores desencadenantes de estrés<sup>30,31</sup>.

La diferencia entre ambos tipos de estresores radica en que, mientras los estímulos biogénicos inciden de manera directa sobre las dianas biológicas del organismo, los estímulos de tipo psicosocial requieren de una interpretación personal que le otorgue el significado de estresores para el individuo, y con ello la capacidad de provocar la reacción de estrés. Este sería el elemento diferencial con los estresores biológicos, capaces de eludir el proceso de valoración cognitiva y actuar directamente sobre los núcleos neurológicos y afectivos, por acción de sus propiedades bioquímicas y sin ningún requerimiento de tipo cognitivo—afectivo<sup>29</sup>.

Los factores estresores del tipo biogénico, no requieren de una evaluación cognitiva para desencadenar una respuesta estresante; los estímulos biogénicos poseen una cualidad desencadenante inherente. Esta característica estimulante, comúnmente conocida como respuesta simpaticomimética, se encuentra en sustancias como té, café, anfetaminas, teofilina, nicotina y cocaína entre otros. Junto a estas sustancias se encuentran otros factores de tipo físicos que desencadenan estímulos sensitivos como puedan ser: situaciones de extremo calor o frío, estímulos auditivos de alta intensidad e incluso ejercicio físico intenso, los que puedan ejercer respuestas reaccionales de tipo simpaticomiméticas. Los factores biogénicos causan directamente la excitación fisiológica sin necesidad de una valoración cognitiva<sup>32</sup>.

Junto a estos estímulos biológicos de tipo externo o exógenos descritos, también existen estresores biológicos de tipo endógeno o interno, como puedan ser los diferentes cambios hormonales que se producen en el organismo en determinadas etapas de la vida: síndrome premenstrual, postparto, menopausia u hormonas de la pubertad.

Como segunda categoría de factores desencadenantes de estrés bajo el enfoque de factores del tipo psicosocial, una de las clasificaciones más extendida es la que utiliza como criterio organizativo los cambios que los estresores influyen en las circunstancias vitales de los individuos. En ellos se clasifican según el impacto que tienen sobre sus circunstancias sociales y psicológicas.

Lazarus y Cohen (1977)<sup>33</sup> y Fernández-Abascal (2003)<sup>29</sup> los clasifican en tres clases de estímulos ambientales o acontecimientos a los que nos enfrentamos a diario y que son el origen de los factores desencadenantes de estrés. Fernández-Abascal también incluye un cuarto grupo de tipo biogénico ya descrito anteriormente.

1. Estresores únicos o como denominan los autores “Acontecimientos estresantes universales imposibles de controlar” o “Cambios mayores”. Son los cambios dramáticos en las condiciones o en el entorno de vida de las personas. Afectan habitualmente a una gran población y se encuentran fuera de cualquier tipo de control personal debido a que acontecen de forma súbita e inesperada, siendo de gran intensidad y repercusión e incluso en

determinadas ocasiones, como los conflictos bélicos, se pueden dilatar a un amplio periodo temporal. Constituyen los desastres naturales, los atentados terroristas, las guerras o los éxodos masivos. Las consecuencias tanto físicas como psicológicas pueden prolongarse en el tiempo por igual, tanto en el estrés agudo que acontece en los casos de desastres o atentados, como en los casos de guerra donde el tiempo de duración de la misma tiende a generar lo que se ha calificado de estrés postraumático.

2. Estresores múltiples, también descritos como "Acontecimientos estresantes de incidencia individual o reducida". Corresponden a los cambios significativos y de trascendencia vital para las personas implicadas. También son ajenos al control del individuo, pero en este caso afectan a una única persona o un pequeño grupo de individuos. Este grupo de factores estresantes aúnan tanto eventos fuera del control personal como pueda ser un fallecimiento cercano, una grave enfermedad, la pérdida del empleo, hasta acontecimientos fuertemente condicionados por la conducta individual como divorciarse, paternidad, un ascenso laboral e incluso la jubilación en determinadas personas. Representan el origen de los cambios mayores desencadenantes del estrés crónico.

La afectación de varios de estos estresores tiene un efecto sumatorio, pudiendo llegar a tener en su suma, el mismo impacto que un estresor único. Los estresores múltiples actúan cambiando los patrones de comportamiento automatizados y manteniendo respuestas de estrés

crónicamente hasta que se produce una acomodación a las nuevas condiciones.

3. Estresores cotidianos, igualmente denominados "Acontecimientos molestos no dramáticos", "Ajetreos diarios" o "Microestresores". Caracterizados por un cumulo de molestias, imprevistos y alteraciones de las rutinas habituales, pero de alta frecuencia. Alteran o perturban el bienestar personal en determinados momentos. Están constituidos por pequeños obstáculos o contrariedades que se producen en el día a día y que generan malestar o enfado. Pueden ser un atasco de tráfico, perder el medio de transporte, llegar tarde al trabajo o a una cita, las responsabilidades domésticas o discutir con un compañero o pareja, entre otros.

Los estresores cotidianos no se encuentran al mismo nivel de intensidad o impresión de los cambios mayores, pero su importante frecuencia de aparición y cotidianidad los convierte en esenciales en el proceso de adaptación y mantenimiento de la salud<sup>27,34</sup>. El estrés laboral se asocia a este tipo de estresor cotidiano, que por su implicación física y emocional agota al individuo.

Los estresores cotidianos son responsables de desencadenar procesos de estrés en un porcentaje estadísticamente mayor que el producido por los estresores únicos y múltiples.

---

La inclusión de la categoría simpaticomimética biogénica de estresores no contradice en modo alguno los trabajos de Lázarus, así como los de otros autores, que han estudiado el papel crítico que desempeña la interpretación en la formación de estresores psicosociales. Simplemente extiende el concepto estresante para reconocer que los estímulos que alteran la integridad anatómica o fisiológica normal del individuo son también capaces de activar muchos de los mismos mecanismos psicoendocrinológicos referidos como respuesta estresora.

Kirtz y Moos (1974)<sup>35</sup> sugieren que los estímulos sociales no afectan directamente al individuo. Más bien, el individuo reacciona al medio ambiente de acuerdo con sus interpretaciones de los estímulos ambientales. Estas interpretaciones se ven influenciadas por variables tales como componentes de personalidad o estatus y comportamientos sociales. Estas reacciones cognitivo-afectivas también están sujetas a exacerbaciones a través de consumo habitual de sustancias estimulantes de influencia simpaticomiméticas, tales como las descritas anteriormente.

A partir de 1981 se comienzan a investigar las consecuencias en la salud del estrés cotidiano y se tienen en consideración estos hechos cotidianos como una potencial fuente de estrés. Kanner et al.<sup>36</sup>, afirmaban que las vivencias cotidianas son más importantes o relevantes para la salud que los grandes acontecimientos, ya que se caracterizan por su frecuencia y su proximidad y son considerados como estrés diario. Agrupan estos hechos cotidianos en dos grandes tipos, unos negativos y otros positivos: los *molestos* (hassles) y los

*inspiradores* (uplifts). Los primeros estarían configurados como aquellos problemas y ajetreos presentes en nuestra día a día. Los segundos formarían parte de las cosas buenas de la vida, los placeres y las emociones positivas. Los primeros, son considerados generadores de estrés mientras que los segundos actuarían como reductores de estrés para conseguir un equilibrio neutro. Sin duda, ambos estarían directamente relacionados con el estado de salud de las personas.

Continuando con las categorizaciones de estresores de origen psicosocial y más concretamente adjudicándoles una significación psicológica o relevancia motivacional para el individuo, Jones y Bright (2001)<sup>37</sup>, distinguen entre factores desencadenantes de estrés proximales y distales.

Los proximales hacen referencia a los cambios o acontecimientos que tienen una cercanía psicológica o relevancia personal; son aquellos capaces de provocar una respuesta común en un grupo de personas por su cercanía psicológica o significado motivacional para el grupo, con lo que no se produciría una variación interindividual muy relevante, tendiendo más a una homogeneidad en la respuesta.

Los estresores distales hacen referencia a cambios alejados de la persona y no afectarían tan directamente al sujeto, estarían más alejados psicológicamente del mismo y de sus inquietudes, y la probabilidad de verse afectado dependería más de las particularidades del propio sujeto que de los factores desencadenantes en sí.

Sin duda, la forma en que valoramos las experiencias y los sucesos vitales va a incidir directamente en nuestro nivel de estrés.

Chiriboga (1989)<sup>38</sup> establece una clasificación de los estímulos estresantes psicosociales:

- a. Describe un *nivel micro* de estresores, asociados a la vida cotidiana de los individuos (llegar tarde a una cita, perder el autobús,); correspondería a los estresores cotidianos de la clasificación de Lazarus y Cohen<sup>33</sup>.
- b. Un *nivel mezzo* de estresores menos frecuentes que los anteriores, pero que se encuadran en el ámbito de las experiencias vitales e interpersonales del individuo; correspondería a los estresores múltiples de Lazarus y Cohen.
- c. Un *nivel macro* de estresores de carácter netamente social y que afectan al sistema social en el que vive el individuo como, por ejemplo, catástrofes naturales o un conflicto bélico. Correspondería a los estresores únicos de Lazarus y Cohen.

Desde el punto de vista del estrés atendiendo a las condiciones estimulantes para el individuo, Lazarus y Folkman (1986)<sup>27</sup>, nos proponen una clasificación donde se analizan las cualidades formales que normalmente provocan que el individuo perciba las situaciones como potencialmente amenazantes, peligrosas o dañinas.

En ella se abordan aspectos relacionados con:

- La percepción de insuficiencia de control ambiental (novedad de la situación, falta de predictibilidad e incertidumbre del acontecimiento)
- Los factores temporales del acontecimiento (inminencia de aparición, duración e incertidumbre temporal)
- Las características contextuales (ambigüedad).

### **1. La percepción de insuficiencia de control ambiental:**

- a. La novedad de la situación: entendiendo como tal, aquellas situaciones en las que no se dispone de una experiencia previa. Si una situación es completamente nueva y no hay ningún aspecto de ella que se haya relacionado psicológicamente con daño, no dará lugar a una evaluación de amenaza. Solo resultará estresante si existe una asociación previa con el daño o peligro y en este caso la novedad puede convertirse en fuente de amenaza. En este sentido, una situación nueva es de por si ambigua, dependiendo de lo claro que le resulte al individuo su significado o importancia. Cuanto mayor sea la inferencia requerida, mayor es la probabilidad de error en la interpretación. Según los autores, la mayoría de las situaciones no son completamente nuevas, sino que ciertos aspectos resultan familiares y guardarán parecido con



acontecimientos de asociación similar. Por ello consideran la novedad en términos relativos más que absolutos.

- b. La falta de predictibilidad: se considera la predictibilidad como la facultad que tiene un individuo para prever algo que pueda ocurrir. Tal como citan los autores "La predictibilidad implica que existen características ambientales que pueden ser discernidas, descubiertas o aprendidas" Existe una relación entre la capacidad de predecir un desenlace y el grado de respuesta de estrés desencadenada, siendo mayor cuanto más inesperado sea el estímulo y menor cuando se pueda prever el desenlace, aunque las consecuencias puedan ser negativas. Quizás esta minimización de la respuesta pueda estar inducida por el tiempo de preparación para afrontar la situación.
- c. La incertidumbre del acontecimiento: es la probabilidad de ocurra determinado acontecimiento o situación incierta. El nivel de estrés desencadenado va en función del grado de incertidumbre que genere la situación. A igual número de probabilidades (cincuenta por ciento) de que un suceso ocurra o no, los niveles de estrés aumentarán; sin embargo, si el grado de incertidumbre es menor (cero por ciento) o máximo (cien por cien), los niveles de estrés serán mucho menores.

Lazarus y Folkman (1986)<sup>27</sup> continúan afirmando que una de las razones más importantes por las que la incertidumbre de un acontecimiento puede resultar estresantes es porque tiene un efecto inmovilizador sobre los procesos de afrontamiento anticipatorio y citan textualmente:

“El hecho de no saber con certeza si va a ocurrir un acontecimiento determinado, puede dar lugar a un dilatado proceso de evaluación y reevaluación que genere pensamientos, sentimientos y conductas que, a su vez, crean sentimientos de desesperanza y, finalmente, confusión.

## **2. Los factores temporales del acontecimiento:**

- a. La inminencia de aparición: hace referencia al tiempo que transcurre antes de que ocurra un acontecimiento; es el intervalo durante el que éste se anticipa. Generalmente, cuanto más inminente es un acontecimiento, más intensa resulta su evaluación, especialmente si existen señales que indiquen daño, peligro. La urgencia o falta de tiempo para analizar un suceso puede provocar reacciones de fuerte estrés psicológico. Sin estas señales, no es probable que el factor inminencia influya en la evaluación. En contraposición, cuanto menos inminente sea un acontecimiento en el que se den tales tipos de señales, el proceso de evaluación se hará menos urgente y más complejo, permitiendo escoger las estrategias de afrontamiento más apropiadas.

Con tiempo suficiente, al individuo le posibilita reflexionar, sufrir o afligirse; también puede evitar el problema, pensar sobre él, actuar o intentar lograr su autocontrol. Cada uno de estos procesos de

---

afrontamiento afectará a las evaluaciones posteriores y a las emociones acompañantes.

- b. La duración: es el período de tiempo en el que se mantiene activa una situación estresante. Se considera frecuentemente como un factor trascendental en la aparición de enfermedad y de psicopatología, al cronificar la influencia; se supone que los estresores crónicos o prolongados agotan al individuo psicológica y físicamente. Ahora bien, en muchos casos esta cronicidad puede producir un fenómeno de adaptación a los estímulos repetidos (*habituación*). Esta habituación se relaciona con el denominado afrontamiento cognitivo, bien aprendiendo a enfrentarse a las demandas estresoras de la situación, bien evitándolas o distanciándose del agente estresor.

Junto a estos acontecimientos crónicos persistentes existen también los acontecimientos *crónicos intermitentes*, tales como los conflictos con la ley, los problemas financieros o la temperatura, y los acontecimientos *agudos limitados en el tiempo*, tales como los saltos en paracaídas, los exámenes o las intervenciones quirúrgicas menores, teniendo cada modelo implicaciones distintas con respecto a la evaluación.

Utilizando los criterios de duración y frecuencia de aparición, Elliot y Eisdorfer (1982)<sup>39</sup>, proponen otra clasificación temporal de factores desencadenantes de estrés:

- a. Estresores agudos y limitados en el tiempo. Son secuencias estresantes de origen agudo que tienen un periodo determinado de afectación. Ejemplos de estos estresores concretos lo puede representar la exposición a una prueba de evaluación o el someterse a una intervención quirúrgica.

También podrían ser series de acontecimientos agudos que aparecen durante un periodo más prolongado de tiempo, también denominadas secuencias estresantes. Constituyen una serie de sucesos que se originan a partir de un acontecimiento agudo desencadenante, como puede ser un divorcio o la muerte de un ser querido.

- b. Estresores crónicos intermitentes. Son estresores que se repiten con cierta frecuencia, como los periodos de exámenes, o la economía doméstica.

Estresores crónicos que se perpetúan más en el tiempo, podrían ser un ambiente conflictivo en el ámbito laboral o familiar.

- c. La incertidumbre temporal: o desconocimiento de, en qué momento se van a producir determinados sucesos. Este factor se convierte en estresante ante la inminencia de aparición del acontecimiento, pero solo si va acompañado de señales de amenaza o daño indicando su aparición. La

cuestión realmente importante es, en qué grado de inminencia se presenta.

### **3. Las características contextuales:**

- a. La ambigüedad situacional: Cuando la información necesaria para la evaluación de una situación es poco clara o insuficiente. La desinformación, falta claridad o confusión puede provocar dificultades a la hora de cómo actuar ante las mismas, inseguridad y toma de decisiones erróneas aumentando la respuesta de estrés. Ahora bien, frente a una situación ambigua el individuo intentará minimizarla a través de empleo de estrategias o la búsqueda de información más amplia basadas en experiencias previas, aunque podemos invertir la situación y adoptar una actitud positiva activando actuaciones de prevención frente a la situación.

El enfoque del estrés concebido como estímulo lo podríamos resumir, citando a la definición propuesta por Fernández-Abascal (2003)<sup>29</sup>, que considera como estrés a cualquier estímulo, externo o interno (tanto físico, químico, acústico, somático o sociocultural), que, de manera directa o indirecta, propicia la desestabilización en el equilibrio del organismo, ya sea de manera transitoria o permanente.

### 2.2.2 - El modelo de estrés como respuesta

Desde el punto de vista de la investigación fisiológica, a la que a posteriori se incorpora la médica, y en el afán de definir el estrés y los mecanismos defensivos que desencadena, en forma de respuesta automatizada e inmediata, pueden ser catalogados de tipo cognitivos, fisiológicos, emocionales, conductuales o de afrontamiento. Estos mecanismos pueden ser influenciados bien por condiciones externa, bien por internas, ya sean reales o potencialmente reales y en un intento de preservar el equilibrio interno (homeostasis), lo que condiciona el modelo teórico del estrés como respuesta. Estos mecanismos son organizados de distinta forma, según el modelo teórico acerca del estrés, y están estrechamente relacionados, con lo que se denomina “efectos inmediatos”, “resultados”, “síntomas” o “efectos a corto plazo” del estrés.

Tal como define Labrador (1992)<sup>40</sup>, el estrés consiste en la puesta en marcha de recursos excepcionales para ser capaz de percibir e interpretar mejor y de la forma más rápida, una situación amenazante o desafiante, para que de esta forma nos permita tomar decisiones acerca de la conducta más adecuada. Si el hecho desencadenante desaparece o bien conseguimos resolver las demandas, debemos de volver al estado de equilibrio inicial y dar por finalizada la respuesta de estrés.

En las primeras investigaciones sobre el estrés realizadas desde el punto de vista de la Fisiología por parte de Cannon (1929)<sup>41</sup>, introdujo dos nuevos conceptos especialmente relevantes para entender al estrés como una respuesta orgánica: la homeostasis y las respuestas de lucha y huida.

El concepto de homeostasis hace referencia al estado de equilibrio interno necesario para mantener en un estado óptimo las funciones fisiológicas del organismo. Este estado ideal, es necesario para la supervivencia y el bienestar del individuo. Cualquier alteración de ese equilibrio por algún agente perturbador y los procesos de restauración, son considerados como la reacción biológica del estrés. Secundariamente, esta movilización fisiológica serviría para potenciar las respuestas de lucha o huida frente al agente estresor.

Tanto para Cannon, como para Selye (1936)<sup>42</sup>, la respuesta de estrés no se trataba de una reacción específica a un acontecimiento específico, sino más bien, una reacción generalizada del organismo ante un variado patrón situacional.

Tal como señala Franco (2015)<sup>43</sup> citando a Sapolsky (1995)<sup>28</sup>, son precisamente “las adaptaciones las que implican la respuesta de estrés” lo que explicaría su carácter generalizado y convergente.

Las agrupa en cuatro características fundamentales de la respuesta:

- 1º. Movilizar con rapidez la energía del organismo (glucosa, proteínas y grasas) desde sus reservorios, al tiempo que se paraliza el propio proceso de almacenamiento. Frente al estímulo agresivo, el organismo incrementa el sistema cardiocirculatorio y respiratorio ante la previsible demanda energética, hasta los órganos esenciales para hacer frente a esa amenaza (corazón, cerebro y músculos) y así posicionar al cuerpo frente a la respuesta escogida, privando esta energía, de otros órganos menos importantes es ese momento, como puedan ser los intestinos.
- 2º. Paralizar otros procesos del organismo a medio y largo plazo, al ser necesario el uso de esa energía para poder hacer frente a una situación amenazante. Así, funciones menos importantes es ese momento, como puedan ser la digestión, el crecimiento, la reproducción o la actividad del sistema inmunitario se aplazan o minimizan para aprovechar esa energía que estos procesos consumen, en preservarla en respuesta a una solución inmediata del problema que nos atañe.
- 3º. Inhibir la percepción del dolor físico si éste se presupone que acompaña a la situación amenazante. Esta analgesia provocada por el estrés es una respuesta adaptativa.
- 4º. Modificar y aumentar las habilidades cognitivas, así como la atención o la memoria, agudizando nuestros sentidos para facilitar de una forma más rápida el procesamiento de la información y la elaboración de una respuesta inmediata.



Estas características de la respuesta de estrés, son claramente adaptativas frente a graves situaciones de emergencia, pero como siempre suele ocurrir, una reiterada sobresolicitud mantenida en el tiempo, agota al organismo, y lo que en un principio era la propia respuesta fisiológica normal frente al estrés, puede terminar dañando la salud y deteriorando el estado de bienestar del organismo.

Continuando con la labor de lo publicado por Walter Cannon, Hans Selye, también fisiólogo, dedicó sus estudios a profundizar más sobre el estrés; estos estudios estuvieron enfocados en sistematizar y reproducir sus consecuencias. A partir de los planteamientos de Cannon<sup>16</sup> y de las conclusiones que fue obteniendo en sus investigaciones, definió el patrón de respuesta al estrés como Síndrome General de Adaptación (SGA).

Para Selye<sup>19,20,44</sup>, cualquier demanda (física o psicológica) ya sea positiva o negativa, provoca una respuesta biológica del organismo idéntica y estereotipada. Tal respuesta es entendida como un conjunto de cambios y reacciones biológicas u orgánicas, de carácter general e indiferenciado, que se producen ante todo tipo de estímulos. Estos estímulos son los denominados “estresores” o “factores desencadenantes de estrés”, que poseen la trascendencia suficiente como para provocar una respuesta general de adaptación. Esta respuesta, que es cuantificable, se atribuye a determinadas secreciones hormonales, responsables de las reacciones de estrés somático, funcional u orgánico, como mecanismo de restablecimiento del equilibrio interno.

Selye estructuró estas respuestas adaptativas secuenciales en tres etapas:

1. Reacción de alarma: Inducido por una situación de agresión, el organismo desencadena una respuesta de activación superior a lo normal de los procesos fisiológicos. Este mecanismo pone en marcha de forma automática y rápida, un aumento o disminución de procesos hormonales o procesos orgánicos e incremento del ritmo de constantes vitales entre otros. Si la respuesta permite superar la situación, se pone fin al SGA. En caso contrario, el organismo evoluciona a la siguiente fase.
2. Fase de resistencia: En este periodo, al continuar la amenaza, y mantenerse el desequilibrio, las respuestas fisiológicas y conductuales se mantienen e incluso aumentan al límite de hiperactividad, en su intento por controlar la situación. En esta etapa empieza a manifestarse un desgaste corporal a nivel físico y pueden evidenciarse las primeras manifestaciones de alteraciones psicosomáticas. Si este sobreesfuerzo permite controlar la solución, se pondrá fin al SGA; si no es así, se pasará a la última fase.
3. Fase de agotamiento: Esta fase se entiende en estados de estrés prolongado, cuando en el organismo se han sobrepasado los límites de actividad fisiológica como respuesta al estrés y se llega al agotamiento. El organismo al agotar sus recursos, pierde la capacidad de activación y los valores clínicos, así como las constantes vitales, descienden por debajo de los niveles habituales. Frente a esta vulnerabilidad, el organismo se predispone frente a la enfermedad. Si se perpetua esta situación, el resultado será

el colapso total del sistema con consecuencias dramáticas para el individuo.

En definitiva, y concretando el planteamiento de Selye, el estrés sería una reacción inespecífica del organismo ante cualquier demanda. Planteándolo como una *“reacción básica, estereotipada y general”* ante múltiples agentes perturbadores, independientemente de la naturaleza de éstos; por otra parte, conceptualiza el estrés como un proceso *“dinámico y secuencial”*, como resultado de la puesta en marcha de distintos mecanismos de defensas corporales y evolucionando por diferentes estadios, según evolución del afrontamiento y destacando que el estrés no es un síndrome, sino un estado.

Años después de este planteamiento, Selye (1980)<sup>44</sup> reconoció la limitación de su modelo, por la ausencia de un componente evaluativo individual.

Si bien, también ha sido muy criticada su concepción sobre el “agotamiento”, al igual que la idea de estrés como respuesta de activación fisiológica inferenciada, estereotipada y general, dando cabida al modelo propuesto por Everly (1989)<sup>30</sup>, donde planteaba las respuestas de estrés, desde una perspectiva neuronal y endocrina específica. La primera mediante la mediación de los neurotransmisores y a través de las fibras nerviosas, siendo de acción rápida y de efecto inmediato, y la segunda, mediante hormonas y glándulas endocrinas, de acción más lenta y de efecto más duradero. Ambos sistemas son los

encargados del control, equilibrio e intercomunicación entre los órganos, tejidos y células.

Everly<sup>30</sup> categoriza y se apoya en tres ejes bien diferenciados como mecanismos de respuesta al estrés:

1. El eje neural: Sería el primero en actuar como respuesta a la percepción de cualquier señal interpretada como amenazante. Su objetivo es poner en alerta el organismo ante una respuesta de lucha o huida, según como se perciba el agente agresor. Su acción es la más rápida e intensa, pero a la par, la menos duradera. Utiliza como medio el Sistema Nervioso Autónomo (SNA), principalmente en su rama simpática, así como al Sistema Nervioso Periférico (SNP).

La activación de la rama simpática del SNA prepara al organismo para una respuesta motora inmediata, y sus efectos se pueden evidenciar y cuantificar en distintos niveles. A nivel ocular se produce una midriasis (dilatación de la pupila), aumenta la frecuencia cardíaca y respiratoria, y se eleva la presión arterial. Estas demandas se ven incrementadas por un requerimiento en el aumento del flujo sanguíneo a nivel de tejidos y órganos decisivos como los músculos activos o el cerebro; a su vez, se acompaña de una retirada o disminución circulatoria en órganos no decisivos en ese momento, como puede ser a nivel digestivo, renal, o glandular, como las parótidas, disminuyendo la secreción salival.

En otro sentido, la activación del SNP incrementa el tono muscular, posicionando a los músculos en una situación preferente de activación para preparar una respuesta adecuada de actividad intensa, que le permita actuar, según sea su propia interpretación o decisión.

Tal como hemos comentado, la actuación de este primer eje es muy rápida, intensa pero breve. Esto es debido a la propia naturaleza del SNA en su rama simpática, el cual no puede mantenerse activada durante un largo período de tiempo. Si la situación se resuelve, este estado irá disminuyendo progresivamente. En caso contrario, y sobrepasando el límite de actuación del simpático, se apoyará en el segundo eje, el neuroendocrino, al cual requerirá su activación.

2. El eje neuroendocrino. Se activaría como relevo al neural y está condicionado a la percepción del individuo de enfrentarse a la fuente de estrés o evitarla. Más lento en su respuesta funcional, soporta mantenerse activo durante más tiempo que el neural. Este eje lleva implícito la activación de las glándulas suprarrenales, con la liberación de los neurotransmisores epinefrina y norepinefrina.

Crespo y Labrador (2003)<sup>45</sup>, le atribuyen a la activación del eje neuroendocrino un importante valor de supervivencia, ya que prepara al organismo para una intensa actividad corporal que le permita responder a las demandas externas, bien enfrentándose a ella o bien decidiendo evitarlas. La puesta en marcha de este eje, optimiza todos los recursos disponibles dadas las condiciones del organismo, para el

desenlace. Si percibe que en la contienda va a resultar dañado como respuesta, redistribuirá los flujos sanguíneos, producirá una respuesta vasoconstrictora en la piel o liberará endorfinas como analgésico en previsión del dolor o daño.

Si el individuo percibe que no va a ser capaz de hacer nada para resolver la situación, a diferencia de lo que propuso de Selye, en vez de resignarse, tratará de soportarla de forma pasiva dando paso a la activación del tercer eje, el endocrino.

3. El eje endocrino. Aunque incluye otras vías de actuación, la principal es el eje adrenal-hipofisiario, que aumenta la secreción de la hormona adrenocorticotrópica (ACTH), la cual induce la esteroidogénesis, que es la estimulación del crecimiento de la corteza suprarrenal y la liberación de corticoesteroides al torrente sanguíneo. Los efectos que se producen en el organismo son multifocales, y entre algunas de sus consecuencias podemos destacar un incremento en la producción de glucosa, supresión del apetito, irritación gástrica, reducción o supresión de respuestas inmunológicas desde el punto de vista físico, o sentimientos de depresión e indefensión a nivel psíquico.

Tal y como se ha comentado, este eje se activa en situaciones en las que el individuo es consciente de su incapacidad para controlar la situación, ya sea por las características inherentes a las circunstancias, ya sea por el convencimiento de que carece de los recursos de afrontamiento necesarios. Este eje suele estar asociado a situaciones de estresores crónicos y cuando los otros dos no han

surtido efecto. Por ello, es el último en activarse, su mecanismo de actuación es el más lento de los tres ejes, pero por las características de la situación que los activa y por las necesidades de tiempo prolongado de que se demanda, sus efectos son mucho más duraderos.

Al igual que se encuentran deficiencias en el modelo propuesto por Selye, el de Everly tampoco ha estado libre de las críticas, así como los de otros autores que han seguido esta línea de enfoque del estrés como reactividad fisiológica exclusivamente.

Como se ha venido argumentando, el estrés no sólo desencadenaría respuestas fisiológicas o bioquímicas, sino que, éstas interrelacionan con las respuestas cognitivas, en las que los estímulos no son susceptibles de causar la aparición de los síntomas de estrés por si solos, estando condicionados de la percepción e interpretación del individuo. Por ello, dependerá de su pasado, experiencias previas o su actual estado de salud.

Tal como propone Gutiérrez (2009)<sup>46</sup>, dos serían los problemas más importantes que presenta la definición del estrés como respuesta fisiológica. Por un lado, el estrés así definido, no constituiría un patrón con suficiente entidad o consistencia interna propia. Y por otro, el estrés no posee la necesaria diferenciación con respecto a otros fenómenos de la vida cotidiana.

En este sentido, Lazarus y Folkman (1986)<sup>22</sup> también critican esta concepción del estrés como respuesta y afirman que:

“Está bien y es bueno hablar de una respuesta al estrés como aquélla que significa una perturbación de la homeostasis, pero dado que todos los aspectos de la vida parecen o bien producir o bien reducir tal homeostasis, se hace difícil distinguir el estrés de cualquier otra cosa, excepto cuando el grado de trastorno originado sea muy superior al habitual. Más aún, se hace difícil definir un estado de equilibrio o estado basal a partir del cual evaluar el grado de trastorno producido”.

Ahora bien, existen otros modelos teóricos que, aunque también conciben, el estrés como una respuesta del individuo a ciertos estímulos o situaciones, no restringen dicha respuesta a su dimensión fisiológica. En este sentido Crespo y Labrador (2001)<sup>47</sup>, categoriza la respuesta de estrés en tres niveles: cognitivo (incluyendo los procesos subjetivos de evaluación situacional), fisiológico (incluye la actividad de los ejes neural, neuroendocrino y endocrino), y motor (incluye las distintas formas y estrategias con las que el individuo intenta afrontar la situación.

A modo de resumen, el estrés como respuesta involucraría a los diversos mecanismos cognitivos, fisiológicos, emocionales, conductuales y de afrontamiento que se activan en el individuo frente a estímulos estresores. Estos mecanismos son organizados de distinta forma en unos u otros modelos teóricos acerca del estrés, y están íntimamente relacionados.



### 2.2.3 - El estrés como relación individuo-ambiente

Hasta el momento se han descrito diversas clasificaciones de estímulos que pueden generar una respuesta de estrés, bien por el contenido, bien por su frecuencia o duración. Sin embargo, para saber si el organismo desencadenará una respuesta de estrés no basta con determinar si una situación es o no estresante. Aún falta un elemento fundamental por contemplar: las características inherentes del individuo, que pueden ser una fuente determinante de vulnerabilidad a dichos estresores. El percibir un estímulo como estresante o no, está íntimamente relacionado con la interpretación y respuesta que dé el individuo a dicho estímulo. A su vez, ese sentido y ejecución es unipersonal, siendo responsable de la importancia y significado que se le atribuya a la situación que acontece.

Así, en un intento por dar cuenta de las diferencias individuales en la reactividad y vulnerabilidad a las demandas y presiones del ambiente, las definiciones del estrés como estímulo o como respuesta han dejado paso a una serie de modelos que, frente a los anteriores en los que el organismo se presenta como un ente pasivo, especifican que el estrés se origina a través de las relaciones particulares entre la persona y su entorno (esto es, en la interacción), planteándose por tanto como modelos procesuales. En consecuencia, el estrés deja de ser un concepto simple y estático, para pasar a implicar un complejo conjunto de variables e interacciones. Romero-Martin (2008)<sup>48</sup>.

Uno de los principales exponentes de este tipo de modelos es la teoría transaccional de Lazarus y Folkman (1986)<sup>27</sup>, en la que se define el estrés como “una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por aquél como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”

Por ello, el estrés es la condición resultante cuando las interacciones entre una persona y su ambiente, la conducen a percibir una discrepancia (real o no) entre las demandas de la situación y sus recursos psicológicos, biológicos y sociales.

Dentro del modelo transaccional el proceso de estrés no puede entenderse sin referencia al proceso de afrontamiento, definido como aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas internas y/o externas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

Modelo de estrés- afrontamiento: La reacción estresante ante una situación, depende de la evaluación cognitiva que realiza el individuo de la misma. Esta reacción interpretada como amenazante, es vital para la supervivencia física o psíquica del individuo. Esta interpretación puede ser dividida en:

- Valoración primaria: El sujeto juzga el significado de una interferencia específica con respecto a su bienestar; para la cual hay tres resultados posibles: irrelevante, benigno-positivo o estresante. Si se evalúa el evento como estresante, puede significar: daño/pérdida, amenaza, o desafío.
- Valoración secundaria: Se refiere a la evaluación que el individuo realiza de los recursos (físicos, sociales, psicológicos y materiales) que posee para controlar o cambiar esa situación.

El estrés ocurre siempre que hay un desajuste entre la amenaza percibida y la habilidad para hacerle frente.

Los elementos que intervienen en el proceso de estrés pueden ser catalogados como:

- Los estímulos: considerados como acontecimientos externos, eventos cotidianos o bien pueden ser físicos, psicológicos, sociales.
- Las respuestas: como reacciones subjetivas, cognitivas, comportamentales, las cuales pueden o no ser las adecuadas.
- Los mediadores: se trata de la evaluación del estímulo como amenazante y de los recursos de afrontamiento como insuficientes. Esto es, la cuestión principal del modelo.

- Los moduladores: factores diversos que pueden aumentar o atenuar el proceso de estrés, pero no lo provocan ni lo impiden. Por ejemplo, un rasgo elevado de ansiedad potencia las reacciones de estrés, pero no las provoca por sí mismo.

Como estrategias de afrontamiento apuntan a cinco objetivos principales:

1. Modificar las condiciones ambientales
2. Tolerar o ajustarse a lo negativo
3. Mantener una autoimagen lo más positiva posible
4. Mantener el equilibrio emocional
5. Mantener las relaciones sociales

Este modelo ha sido denominado, en sus versiones más recientes, aproximación mediacional cognitiva, enfatizando así el aspecto cognitivo de evaluación, que va a modular las reacciones de estrés y que se considera, en gran parte, el factor determinante para que una situación potencialmente estresante llegue o no a producir estrés en el individuo.

En resumen, para Lazarus (2000)<sup>45</sup>, el carácter estresante o no de la relación entre el individuo y su ambiente depende fundamentalmente de dos procesos mediadores, dinámicos e interrelacionados: la evaluación que hace el individuo de la situación y el modo en que la afronta. Citado en Romero-Martín (2008)<sup>48</sup>.

## Capítulo 3

# Estresores-Estrés

# Universidad

### 3.1- Factores Predictores en la Universidad

Para todas las personas, los cambios o transiciones forman parte de las características evolutivas a lo largo de nuestras vidas; sin embargo, en la mayoría de los casos, estos cambios llevan implícitos un periodo de estrés adaptativo, que en ocasiones se perpetúan y pueden desencadenar consecuencias negativas sobre algunos individuos, llegando, a alterar en grados elevados de afectación su bienestar personal y a la larga su salud general<sup>50</sup>.

La incorporación de los alumnos a la universidad, aunque en primera instancia es una situación novedosa para ellos, también es percibido como un evento positivo que implica una serie de importantes cambios vitales, donde se generan grandes oportunidades y nuevas perspectivas para el desarrollo individual, representando a la vez un periodo crítico del desarrollo transicional entre la etapa final de la adolescencia y la emergente de jóvenes adultos<sup>51</sup>.

La transición desde la educación secundaria a la universidad representa un importante reto para los jóvenes adultos que deben comenzar una nueva vida independiente, manejar sus propias finanzas, adaptarse a las demandas académicas y desarrollar una nueva vida social. A la vez supone una gran oportunidad para tener que modificar los roles preexistentes (de hijo o hija) y adoptar otros nuevos (estudiante universitario)<sup>1</sup>.

Desde comienzos de este siglo, a estos jóvenes adultos se les empezó a denominar como “adultos emergentes”<sup>52-54</sup>. Este término está basado en las teorías del desarrollo, entre la transición a la vida adulta y la adultez joven; esta etapa abarca el periodo comprendido entre los 18-25 años. Este tránsito de adultos emergentes y su paso por la universidad, representa para el individuo una experiencia que definirá el resto de su vida. Para Erikson (2000)<sup>55</sup>, este afrontamiento será asertivo o nocivo dependiendo del contexto histórico, social, económico, cultural e incluso étnico, que haya vivido antes el sujeto.

Fisher (1984)<sup>56</sup> considera que la entrada en la Universidad representa un conjunto de situaciones altamente estresantes debido a que el individuo puede experimentar, aunque sólo sea transitoriamente, una falta de control sobre el nuevo ambiente, potencialmente generador de estrés y, en último término, potencial generador de fracaso académico universitario.

Entre las nuevas situaciones que se generan, caben destacar el aprender a controlar las demandas académicas, desarrollar nuevos contactos y normas sociales, e incluso aprender a ser responsables con sus propias necesidades diarias<sup>51,57</sup>. Asimismo, la pérdida de soportes emocionales tradicionales, como pasar menos tiempo con la familia y amistades, romper con rutinas o hábitos previos y la adaptación a los nuevos requerimientos tanto intelectuales como sociales. A esto se une en ocasiones el tener que realizar un cambio en lugar de residencia, lo que lleva apareado tener que alejarse también de su ambiente familiar y socio-cultural. Todos estos conjuntos hacen que difícilmente puedan controlar la nueva situación y que desencadenen respuestas de estrés manifiesto. En última instancia, todo ello puede desencadenar si no se controla la situación, en un fracaso académico. Estos problemas de ajustes descontrolados podrían llegar incluso a alterar el estado de salud del sujeto, y sus efectos pueden ser detectados al poco tiempo de su incorporación al ciclo superior<sup>56,58,59</sup>.

El tipo de estresores varía según la etapa educativa en la que se encuentren, según indican Wagner y Compas (1990)<sup>60</sup>. Se encuentran estresores diferentes entre la etapa de bachiller y la universitaria, incluso son diferentes entre primero y segundo de bachiller. En primero de bachiller destacan los estresores familiares, en segundo de bachiller las relaciones con los iguales, y en la universidad, los estresores académicos.

Los requerimientos académicos universitarios, son claramente mucho más exigentes que los que hasta el momento han tenido en su etapa de bachillerato, siendo un hecho reconocido por los propios

estudiantes<sup>61,62</sup>. Esto se debe en parte al cambio de pasar de tener menos autonomía y estar más controlados en bachillerato, a tener que organizarse y gestionar su tiempo y recursos en su nueva etapa de forma autónoma.

En este sentido Thurber y Walton (2012)<sup>63</sup>, realizaron una revisión para conocer cuáles podrían ser los principales factores de riesgo que afectarían a los estudiantes universitarios noveles. En este resumen incluyen a los estudiantes que se cambian de país o de región donde se someten a desafíos añadidos a su adaptación, como son el cambio a otro idioma, que condiciona la expresión y comprensión, diferencias culturales (comida, sentido del humor, costumbres, religiosidad, etc.), ambientales (climatología, entorno rural o urbano), o políticas y sociales (diferencia en los roles, estereotipos, discriminación, etc.). Estos factores lo achacan a la juventud, la falta de experiencia de encontrarse fuera de su ambiente habitual, los bajos niveles de control percibido, la percepción de estar a gran distancia de casa, el excesivo apego al lugar de origen, una elevada dependencia y apoyo familiar, así como de un nivel considerable de inseguridad. La unión de todos estos elementos o la combinación de varios representan los factores de riesgo para un adecuado ajuste a la etapa universitaria.

Diferentes autores consideran este periodo como crítico. Corominas (2001)<sup>64</sup>, en este periodo transicional, encontró que es el momento en que mayor número de abandonos se producen, siendo durante el primer curso universitario el periodo de mayor incidencia. Fisher y Hood (1987)<sup>59</sup> fueron más concretos en cuanto a manifestaciones personales y comprobaron que, a las seis semanas del



ingreso universitario, los alumnos ya mostraban un significativo incremento de sentimientos depresivos, síntomas obsesivos y pérdida de concentración.

Para Misra y McKean (2000)<sup>65</sup>, es en los primeros cursos donde aparecen más manifestaciones de estrés en comparación con los últimos cursos. Sugieren que, el hecho de que los estudiantes de estos últimos cursos ya se organizaran mejor y de forma más efectiva en sus compromisos académicos, incidía en su percepción de estrés. Puntualizan que en los estudiantes de primer curso los estresores están relacionados con el aumento de las responsabilidades, el incremento de las tareas y actividades académicas o las mayores dificultades de los estudios cursados. Pero también reconocen que en el último curso también se desencadenan situaciones estresoras, provocadas por el proyecto fin de carrera o las presiones derivadas de la incorporación en un breve periodo de tiempo al mercado laboral. Por el contrario, Gupchup et al. (2004)<sup>66</sup>, discrepa de lo dicho anteriormente, encontrando que conforme se avanza en la carrera existen mayores niveles de estrés que en los inferiores, concluyendo, que la disminución de los factores estresantes podría favorecer un adecuado rendimiento académico.

Es este mismo sentido Calais et al. (2007)<sup>67</sup>, encontró diferencias en las manifestaciones de estrés en función del curso que se realizaba. Para los estudiantes de primer curso predominaban los síntomas físicos, mientras que para los de últimos cursos el predominio correspondía a síntomas psicológicos. Un porcentaje considerable, el 54% de los participantes presentaban síntomas de estrés, siendo esta

diferencia mayor para los estudiantes de último curso, 60% en comparación con los de primer curso, 51%, aunque las diferencias entre cursos no resultaron significativas.

Este estrés manifiesto propiciado por las presiones añadidas en esta nueva etapa según García Valcárcel et al. (1991)<sup>68</sup>, provocan que la mayor parte de los estudiantes que al final terminan abandonando sus estudios universitarios, sean los que se encuentran entre los dos primeros cursos de su carrera, siendo el mayor porcentaje en primer curso con un 65% de los que abandonaron, frente a un 20% en el segundo curso. Otra posible causa que evidenciaron en su estudio es que entre el 7% y el 45% de los estudiantes, no aprueban ninguna asignatura en su primer año en la universidad.

Lo que sí queda claro es que, por el mero hecho de ser estudiantes universitarios, para un importante número de individuos, esta etapa representa un factor estresor destacado, como reconocen diferentes autores. Hudd et al. (2000)<sup>57</sup> reporta que hasta un 52% de los estudiantes universitarios indican haber sufrido altos niveles de estrés en algún momento. Para Sax (2003)<sup>69</sup> las cifras van desde un 16% que manifestaron en 1985, hasta un 27%, que lo hicieron en 2002, reconociendo sentirse desbordados por su etapa universitaria. En este mismo sentido, Pierceall y Keim (2007)<sup>70</sup>, también indican datos importantes; entre un 75 y un 80% de los estudiantes experimentan niveles moderados de estrés, mientras que entre un 10 y un 12% reportan niveles elevados.

Categorizando estos factores, en una relación evolutiva de las circunstancias generadoras de estrés, Lawson y Fuehrer (1989)<sup>71</sup>, encontraron que los principales estresores relacionados con el ingreso en la universidad son: la novedad del sistema de enseñanza, la asunción de nuevas responsabilidades, la preparación y realización de exámenes y trabajos escritos, la sobrecarga de trabajo con la consiguiente reducción del tiempo libre disponible, las ambigüedades generadas en el trabajo de curso y en las tutorías, la inseguridad acerca del propio rendimiento académico y la capacidad para completar los estudios, así como los cambios en su situación económica.

Los problemas de adaptación al mundo universitario, la sobrecarga de rol y las demandas académicas excesivas se consideran como principales estresores en el estudio de Polo et al. (1996)<sup>50</sup>. Refieren como uno de los estresores principales el “agobio” que provoca la relación cantidad de trabajo/tiempo y la implementación de nuevas habilidades y recursos, que terminan convirtiéndose en factores de estrés académico.

Una vez superada la primera etapa adaptativa del cambio, y ya dedicados de pleno a su actividad académica universitaria, aparecen nuevos desencadenantes de estrés. En un afán de agruparlos y conocerlos de una forma amplia y consensuada, se empieza a plantear un nuevo término, “estrés académico”, para definir este amplio conjunto de factores desencadenantes de estrés.

Polo et al. (1996)<sup>50</sup> definen el estrés académico como “las reacciones físicas y emocionales que ocurren cuando las exigencias curriculares sobrepasan las capacidades, los recursos o las necesidades del estudiante”.

Desde los años sesenta del siglo XX, se intentan determinar cuáles son los estresores académicos más importantes que afectan a los estudiantes universitarios, llegándose a día de hoy a tener un amplio conocimiento de estos factores y ha permitido desarrollar y validar instrumentos específicos para conocer cómo afectan a la población universitaria, influenciada por estos estresores.

A Jackson (1968)<sup>72</sup> se le atribuye ser uno de los primeros en abordar el estudio del estrés académico. Aunque en su estudio no se refiere directamente a factores desencadenantes de estrés, si enumera factores dentro del contexto académico a los cuales se sienten presionados los alumnos:

1. El gran número y variedad de materias que estudia, así como de actividades y tareas que ha de realizar.
2. La necesidad de desarrollar una gran capacidad de concentración y de atención, así como de demorar ciertos impulsos y limitar sus emociones.
3. La evaluación que el profesor, desde su posición de poder, hace de su comportamiento y rendimiento.
4. La masificación de las aulas, que dificulta la interacción con el profesor.

En otros estudios<sup>73-75,61</sup> ya se empiezan a clasificar cuáles son los principales factores académicos generadores de estrés entre los universitarios, y los agrupan en cuatro grandes grupos:

1. Los problemas de transición y adaptación al nuevo entorno educativo.
2. Los referidos al sistema de evaluación.
3. Los relacionados con el proceso de enseñanza-aprendizaje.
4. Los relativos a las condiciones de la organización.

Como podremos ver a continuación, existen diferencias en el orden de estos factores de estrés académico entre los diferentes autores que lo han estudiado, pero al final existe un denominador común, presente en casi todos ellos.

Para Abouserie (1994)<sup>76</sup> la principal causa de estrés fueron los exámenes y los resultados de los mismos, seguido de la preparación de los exámenes, la sobrecarga de trabajo, la cantidad de contenidos a aprender y la necesidad de obtener buenos resultados, respectivamente. También incluye otras fuentes generadoras de estrés, pero de tipo socio-económico, como la falta de tiempo para dedicárselo a la familia o amigos y los factores económicos añadidos a la etapa universitaria.

Splanger et al. (2002)<sup>77</sup>, determinan que las pruebas y los exámenes a las que habitualmente tienen que enfrentarse los

estudiantes suponen un tipo crítico de situaciones de estrés. Al igual, Muñoz (2004)<sup>78</sup> destaca como estresor académico fundamental el periodo de exámenes. Encuentra un aumento significativo del nivel de estrés en casi todas las titulaciones estudiadas durante la época de exámenes. Otros datos observados fueron efectos sobre la salud y sobre el autoconcepto académico de los estudiantes durante la permanencia del estresor.

En la misma línea, Feldman y cols. (2008)<sup>74</sup> evaluaron las fuentes de estrés académico más frecuentes e intensas en una muestra importante de estudiantes universitarios. Sus resultados coinciden con los descritos anteriormente, siendo los estresores más frecuentemente manifestados y destacados los referidos a los exámenes, unidos a la falta de tiempo para estudiar y complementarlos con una importante cantidad de materia que asimilar. En este mismo artículo se han encontrado diferencias porcentuales a destacar en relación a la edad de los estudiantes, donde los de mayor edad presentan menor nivel de estrés académico que los más jóvenes.

Uno de los factores más importantes, en los que coinciden la gran mayoría de las investigaciones descritas, aunque esta línea de investigación es mucho más amplia y no están todos los autores que la han analizado, como hemos podido ver, han sido las evaluaciones y más concretamente los exámenes, siendo uno de los factores que más estudios ha seguido generando a posteriori.

Muñoz (2004)<sup>78</sup> atribuye esta causa a diversos factores no incompatibles entre sí, como son, la aprensión de evaluación, el miedo al fracaso o apreciaciones subjetivas de nuestra capacidad de rendimiento.

Tal como indica Casuso (2011)<sup>79</sup>, citando a Jones y Frydenberg (1999)<sup>80</sup> así como a Ryan (2009)<sup>81</sup> apuntan a que el estrés académico no puede ser considerado sinónimo del estrés de evaluación, sino que éste sería más bien un subtipo de estrés contexto-dependiente del primero.

Esta última autora, Casuso, encontró resultados similares en su estudio al de Gonzalez (2008)<sup>82</sup>, y como factores estresores dentro del estrés académico a destacar, junto a los exámenes, reportaron las deficiencias metodológicas del profesorado, la sobrecarga del estudiante y las intervenciones en público, como desencadenantes de niveles de estrés considerables, siendo la deficiencia metodológica del profesorado y a la existencia de malas relaciones sociales en el contexto académico los que propiciaban un más alto nivel de estrés.

De esta forma se ha analizado en el presente capítulo, como afecta el estrés a los alumnos que se incorporan a la universidad por primera vez y cuáles son los factores desencadenantes de estrés más predominantes en estas primeras etapas, los que como se ha podido comprobar, actualmente son los denominados estresores académicos.



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA



## Capítulo 4

### Estresores-Estrés

### Ciencias de la Salud

#### 4.1 Factores Predictores en Ciencias de la Salud

El estrés percibido es un problema creciente entre los estudiantes de ciencias de la salud a nivel mundial, según los resultados de diversos estudios<sup>83-85</sup>. Existe un elevado grado de evidencia que muestra que los estudiantes de titulaciones sanitarias presentan con frecuencia altos niveles de estrés.<sup>86-87</sup>.

Revisando la literatura publicada sobre el estrés y sus factores desencadenantes en Ciencias de la Salud, podemos observar en los estudios publicados, que se indican niveles de estrés alto en los estudiantes de Medicina<sup>88-91</sup>, Odontología<sup>92-97</sup>, Enfermería<sup>98-101</sup>, Terapia Ocupacional<sup>101-103</sup> Fisioterapia<sup>83,101,104-106</sup>. Así mismo, en estudios comparativos entre diferentes grupos de estudiantes sanitarios, no se obtiene una unanimidad de criterio, variando el orden de primacía entre las disciplinas en ciencias de la salud de una a otra investigación.

La comparación de los estudios es difícil, debido a las diferencias entre ellos (especialidad, diseños, instrumentos de medida, tipo de estresores, número de factores estresantes analizados, genero, curso, etc.) o al tipo de síntomas asociados a ellos. Se ha procedido a agruparlos, comenzando por los que analizan de forma comparativa diferentes disciplinas, seguido de una descripción por especialidades, de forma que permita tener una visión global de lo más importante publicado hasta el momento.

Algunas de las propuestas más interesantes publicadas acerca de los factores predictores de estrés en ciencias de la salud son las que se describen a continuación.

Prymachuk y Richards (2007)<sup>98</sup>, en el contexto específico de la educación en ciencias de la salud, han identificado tres grandes familias de estresores:

- a) Estresores académicos: aquéllos relacionados con las pruebas de evaluación, el miedo al fracaso en la formación y la sobrecarga de trabajo entre los principales.
- b) Estresores de tipo clínico: miedo a cometer errores, respuestas negativas ante la muerte o el sufrimiento de los pacientes, relaciones dentro de las organizaciones.
- c) Estresores personales y sociales: dificultades económicas, desequilibrios entre los roles de estudiante y familiar.

Sheu et al. (2002)<sup>107</sup>, identificó tres tipos de síntomas asociados a las prácticas clínicas:

1. Síntomas físicos.
2. Síntomas emocionales.
3. Síntomas socio-conductuales.

En este mismo sentido Jiménez et al. (2009)<sup>108</sup>, describe la misma clasificación propuesta de Prymachuk y Richards, con la salvedad de denominar a los estresores personales y sociales como estresores externos. Jiménez, también categoriza los síntomas asociados a las prácticas clínicas en fisiológicos y psicológicos a diferencia de lo propuesto por Sheu.

#### **4.1.1 - Comparativa entre diferentes disciplinas en Ciencias de la Salud.**

Uno de los primeros autores en realizar una comparativa de estudiantes de disciplinas relacionadas con la salud (Medicina, Farmacia y Enfermería) junto con Trabajador Social, fue Beck et al. (1997)<sup>109</sup>. Encontró que los estudiantes de Enfermería, experimentaban niveles más altos de estrés y más síntomas físicos y psicológicos que el resto de los grupos estudiados.

Stecker (2004)<sup>110</sup>, también pudo evidenciar en su estudio, que los estudiantes de Enfermería reportaron mayor estrés académico y externo que los estudiantes de Fisioterapia, Farmacia, Odontología y Medicina.

Al igual que Nerdrum et al. (2009)<sup>101</sup>, analizando otro grupo de ciencias de la salud, en este caso Enfermería, Fisioterapia y Terapia Ocupacional, informó, que los estudiantes que experimentan un mayor estrés a lo largo de sus estudios son los de Enfermería, aunque la diferencia es reducida con el resto de disciplinas.

Gonzalez-Cabanach et al. (2010)<sup>111</sup>, realizado sobre un grupo de estudiantes de ciencias de la salud, donde analizaron el estrés académico, los estudiantes de Fisioterapia se encontraban comparativamente más sobrecargados que sus compañeros de Enfermería o Podología. Los estresores más frecuentemente indicados fueron "los exámenes", "las intervenciones en público", "la sobrecarga académica" y "las deficiencias metodológicas del profesorado".

En otro estudio de similares características y población, Casuso (2011)<sup>79</sup>, utilizando el mismo instrumento que utilizó González-Cabanach, en su estudio, concluyó que no existen diferencias significativas en la percepción de estresores académicos entre los estudiantes de Fisioterapia en relación a los de Enfermería, Podología o Terapia Ocupacional. Los estresores más frecuentemente indicados fueron los mismos que en González-Cabanach, siendo diferentes el orden de importancia. En este caso fueron "las deficiencias

metodológicas del profesorado”, “intervenciones en público”, “exámenes” y “sobrecarga académica”, las fuentes de estrés más citadas en el estudio de esta autora.

Por otro lado, Mane Abhay (2011)<sup>112</sup> obtuvo resultados significativos de estrés en Odontología, seguido de Medicina, Fisioterapia y Enfermería. Las principales fuentes de estrés indicadas fueron: “los factores ambientales”, “los problemas en las interacciones sociales”, “la elevada frecuencia de exámenes”, “el elevado número de materias”, “las dificultades del sueño” y “la excesiva competitividad”.

Para Mazo et al. (2013)<sup>113</sup>, los alumnos con mayores niveles de estrés académico entre todas las carreras analizadas pertenecen a ciencias de la salud y educación, por este orden. Los estudiantes de noveno semestre presentan los puntajes más elevados de estrés académico de la muestra.

#### **4.1.2 - Estrés y factores predictores en Estudiantes de Medicina**

De Pablo et al. (2002)<sup>114</sup>, en un estudio realizado con estudiantes de segundo curso de Medicina, encuentran que las principales fuentes de estrés fueron “la falta de tiempo para estudiar”, “la gran cantidad de contenidos a aprender” y “la preparación, desarrollo y posterior calificación de los exámenes”. También destacan otros estresores identificados, relacionados con “las intervenciones orales en clase”,

tanto la exposición de trabajos, como la formulación de dudas a los profesores o la contestación a las preguntas efectuadas por éstos durante las clases.

Continuando con los estudios donde se analizan a estudiantes de Medicina, Dahlin et al. (2005)<sup>115</sup>, analizaron los factores estresores más valorados por este colectivo en diferentes cursos (primero, tercero y sexto curso). Los resultados mostraron que los estudiantes de primeros cursos reportaban una mayor "sobrecarga", "falta de tiempo libre" y falta de "retroalimentación" en los estresores por parte del profesorado; esta última cuestión también fue valorada como alta por el resto de cursos analizados. Los estudiantes de tercero mostraban sentirse más preocupados por la "falta de resistencia", "las competencias futuras" y las "deficiencias pedagógicas". Al igual que los de tercero, los de sexto puntuaron como más alta las competencias futuras y las deficiencias pedagógicas. También manifestaron dudas acerca de su "rol como estudiantes", "la ausencia de oportunidades para controlar sus estudios" y "el objetivo de los mismos".

Se observó también, una diferencia del género con respecto a los niveles de estrés, donde las mujeres reportaron mayores niveles de estrés que los hombres. Las estudiantes femeninas dieron calificaciones más altas que los varones a 4 de cada 7 factores. A pesar de que todos los estudiantes se mostraban satisfechos con la elección de su titulación, curiosamente percibían a sus profesores o futuros compañeros como insatisfechos dentro de su profesión.

Román et al. (2008)<sup>116</sup>, analizando a estudiantes de Medicina manifiestan que, el estrés académico es un fenómeno de elevada frecuencia entre los participantes, con un predominio en el sexo femenino. Encuentran la presencia de manifestaciones fisiológicas, conductuales y cognitivo-afectivas de nivel moderado, asociadas a variables como los resultados académicos, la edad y el sexo del estudiante. Estas últimas manifestaciones son las de mayor incidencia y niveles de expresión, siendo una característica propia del proceso de estrés académico. Los principales estresores detectados corresponden al “área de gestión del proceso docente”, siendo la organización docente (cronograma), el currículo y el proceso docente (evaluación del aprendizaje, modelo pedagógico, métodos y técnicas) unidades estratégicas básicas a ser consideradas.

Backović et al. (2012)<sup>117</sup>, obtienen como resultado en estudiantes de Medicina, que, los “exámenes”, “las autopsias” y “la comunicación con el personal docente”, así como “la relación con los pacientes”, representan las situaciones más estresantes para los participantes, especialmente en el caso del género femenino.

Tempski et al. (2012)<sup>118</sup> analizaron la calidad de vida de estudiantes de Medicina, resultando que los factores que redundaban en un detrimento de la calidad de vida fueron: “la escasez de tiempo para estudiar”, “no poder realizar actividades de ocio”, “relacionarse con su ambiente habitual” o “descansar”. También reportaron, pero en menor medida, “la competitividad”, “la incompetencia del profesorado”, “la sobrecarga de tareas académicas” y “una planificación del curso que exige una dedicación a tiempo completo”.

Otros factores que destacaron relacionados con las practicas fueron: “el contacto con la muerte, el dolor y el sufrimiento de los pacientes”, así como “la percepción de realidades sociales muy duras”.

Rodríguez-Garza et al. (2014)<sup>119</sup>, analizaron a los estudiantes que iniciaban los estudios de Medicina y los que los terminaban. El estrés apareció como un fenómeno frecuente en los estudiantes, principalmente al final de su preparación académica, y sobre todo entre los hombres. El indicador de tipo comportamental fue el de mayor porcentaje encontrado. Hay presencia de un grado de agotamiento máximo en alumnos masculinos de quinto curso.

Bedoya et al. (2006)<sup>120</sup> analizan a estudiantes de Estomatología con resultados de que el 96,6% de alumnos reconocieron la presencia de estrés académico, siendo los alumnos de tercer año los que presentaron los niveles más altos. Las mujeres presentaron niveles más bajos de estrés en relación con los varones. Las situaciones mayormente generadoras de estrés fueron tiempo para cumplir con las actividades, sobrecarga de tareas, trabajos durante el curso y responsabilidad por cumplir obligaciones académicas. Las manifestaciones físicas, psicológicas y comportamentales se presentaron con mayor intensidad en los varones; siendo las psicológicas, las que tuvieron mayor presencia e intensidad en ambos sexos y años de estudios.



---

### 4.1.3 - Estrés y factores predictores en Estudiantes de Enfermería

En Enfermería, Zupiria et al. (2003)<sup>4</sup>, crearon el Cuestionario Kezkak, que fue validado por López-Medina y Sánchez-Criado (2005)<sup>146</sup> y posteriormente por Zupiria et al. (2006)<sup>147</sup>, donde se analizan los factores desencadenantes de estrés en los estudiantes de Enfermería en las prácticas clínicas, cuestionario que ha permitido profundizar sobre esta problemática que influye y afecta a su formación.

En un estudio comparativo del estrés en estudiantes de Enfermería en cinco países, Burnard et al. (2008)<sup>121</sup>, no encontró diferencias significativas en el estrés total por año de estudio para los estudiantes de Albania, Republica Checa, Malta y Gales. Sin embargo, en Brunei si se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de estrés total por año de estudio. Destacando cómo principales estresores, "la elevada presión de los estudios", "el miedo a suspender", "la gran cantidad y dificultad que entrañan las tareas exigidas", "los exámenes", "la falta de tiempo libre", "las relaciones con el personal docente" y "la organización del curso".

En esta misma línea, Jimenez et al. (2010)<sup>108</sup>, analizó el estrés en estudiantes de Enfermería noveles y experimentados. Los estudiantes percibieron el estrés clínico en general, más intensamente que el académico o externo, y mostraron síntomas psicológicos más frecuentemente que los síntomas fisiológicos. Los estudiantes de

Enfermería de los tres años, percibieron un estrés moderado en niveles similares. Los estudiantes de cursos más avanzados percibieron más estresantes los niveles académicos que los recién ingresados. Aunque los estudiantes estaban sanos, los estudiantes de segundo año fueron los más vulnerables a la ansiedad somática y psíquica, y los síntomas comunes.

El análisis factorial identificó seis fuentes principales de estrés y seis síntomas importantes entre estudiantes de Enfermería. Estos percibieron las prácticas clínicas como "moderadamente estresante". Específicamente, los tres aspectos más estresantes de la práctica clínica fueron: "Ver el dolor y el sufrimiento de los pacientes y sus familiares"; "no ser capaz de proporcionar respuestas adecuadas a las preguntas de los médicos, profesores o pacientes"; "no saber cómo ayudar a los pacientes con problemas biopsicosociales". Todos estos elementos se consideraron ligeramente por encima de moderadamente estresante, pero sin ser bastante estresante.

Los aspectos menos estresantes del período de las prácticas clínicas fueron: "no poder llevarse bien con otros compañeros del grupo"; "sentir que los requerimientos de la práctica clínica exceden la resistencia física y emocional"; "sentir que la tutorización ha sido diferente de las expectativas del alumno". Todos estos fueron calificados por encima de no muy estresante y cercano a la categoría moderadamente estresante.

Agrupado por factores, el tipo de estrés más comúnmente percibido estuvo vinculado a los factores de estresores clínicos, tales

como "proporcionar atención al paciente", "falta de conocimientos y habilidades" y "asignaciones prácticas y carga de trabajo". Mientras que los estresores académicos y los factores de estrés externos fueron percibidos como menos estresantes.

El análisis diferencial entre los tres tipos de factores de estrés para la muestra total mostró que los estudiantes percibieron estresores clínicos con más intensidad que los factores de estrés académicos y externos.

Pulido et al. (2011)<sup>122</sup> plantearon como objetivo identificar las principales fuentes de estrés para los estudiantes de Enfermería y la evolución de los factores estresantes en la formación de las competencias de Enfermería.

Las fuentes más comunes de estrés encontradas, se relacionan con las académicas: "revisiones", "sobrecarga de trabajo" y "problemas asociados con el estudio", entre otros. Otros factores de estrés fueron identificados en relación con las prácticas clínicas, como "el temor a situaciones desconocidas", "los errores con los pacientes" o "el manejo del equipo técnico". En general, no ocurren cambios en los diferentes años de educación de los estudiantes.

García Rodríguez (2013)<sup>123</sup>, analizó entre otras variables, el estrés en estudiantes de Enfermería en las PC, encontrando como situaciones más estresantes: "pincharse con una aguja infectada", "hacer mal mi trabajo y perjudicar al paciente" y "confundirme en la

medicación". Como menos estresantes encontraron: "la relación con los compañeros o con el profesor de prácticas" y que "el enfermo del otro sexo se me insinué".

Los factores más reportados como estresantes fueron: los relacionados con "la falta de competencia", "la impotencia e incertidumbre" y "dañarse en la relación con el enfermo". Los menos indicados fueron: "la relación con tutores y compañeros" y "el enfermo busca una relación íntima". Consideran como cercano a bastante estresante las prácticas clínicas.

En cuanto al género, el sexo femenino encuentra la relación estrés percibido con las prácticas clínicas superior a los hombres, en todas las dimensiones.

Para Labrague (2013)<sup>124</sup>, en su estudio sobre este mismo colectivo, indica que experimentaron un nivel moderado de estrés y se encontraban en buen estado bio-psico-social de salud. Las asignaciones y la carga de trabajo fueron los estresores más comunes identificados, mientras que los síntomas emocionales fueron la respuesta más común al estrés. Los resultados también revelaron que el nivel de estrés percibido disminuye según el año de asistencia.

Las cinco principales fuentes de estrés de los estudiantes manifestaron fueron: "preocupación por contenidos pobres", "presión de la naturaleza y calidad de la práctica clínica", "sentimientos de que

el desempeño no satisface las expectativas de los tutores" y "sentimientos de presión de los tutores que evalúan el rendimiento de los estudiantes". Mientras tanto, las fuentes de estrés menos reportadas fueron "incapacidad de relacionarse con los compañeros del grupo", "no saber comunicarse con los pacientes", "dificultades para cambiar del papel de estudiante a profesional" y "experiencia competitiva con los compañeros tanto a nivel académico en la práctica clínica".

En la agrupación de los ítems en factores, el tipo más común de estresores identificados por los estudiantes fue: "estrés por asignaciones y carga de trabajo", "estrés por falta de conocimientos y destrezas profesionales". Por el contrario, el factor de estresor menos reportado fue "el estrés de los compañeros y la vida cotidiana". En la educación clínica, los estudiantes tienden a manifestar síntomas emocionales como reacción al estrés, sin embargo, la salud y el bienestar bio-psico-social de los estudiantes en general fueron buenos.

La correlación entre los factores de estrés percibidos, la salud bio-psico-social y las variables de información de los estudiantes, así como el nivel del curso de los encuestados, se correlaciona significativamente con "estrés por falta de conocimiento profesional", "estrés por asignación y carga de trabajo", "estrés del entorno clínico" y "estrés de los compañeros y la vida diaria". Mientras tanto, la edad se correlaciona significativamente con los "síntomas emocionales".

En el planteamiento de López-González et al. (2013)<sup>125</sup>, de identificar las fuentes de estrés y observar la evolución de la intensidad con que afectan a los alumnos de Enfermería a lo largo de los tres años de carrera, la incidencia de mayor a menor preocupación de los alumnos en sus prácticas clínicas, en relación con los 9 factores o subescalas como fuentes generadoras de estrés fue: “falta de competencia”, “impotencia e incertidumbre”, “contacto con el sufrimiento”, “no controlar la relación con el enfermo”, “dañarse en la relación con el enfermo”, “sobrecarga” y la “relación con tutores y compañeros”. Así mismo, la evolución de la intensidad en la afectación, en términos generales, aumentó desde primero a tercero debido a la distribución de los rotatorios de las prácticas, ya que, las rotaciones especiales se concentraron durante el último curso académico.

“Meter la pata” y “encontrarme en alguna situación sin saber que hacer” son las dos situaciones que, en valoración absoluta, preocupaban bastante a los alumnos. Casi todos los ítems que constituyen estas fuentes de estrés tienen una valoración creciente a lo largo de los tres años de carrera. En sentido contrario, los factores “relación con tutores y compañeros” y “la sobrecarga”, fueron los de menor incidencia como fuente de estrés.

Los resultados de Khater (2014)<sup>126</sup>, analizando estudiantes de Enfermería, mostraron que, el 47,82% tuvieron niveles de estrés por encima de la media. El tipo más común de estresores percibidos estuvo relacionado con la “asignación de las prácticas”, seguida de estrés relacionado con “el cuidado del paciente” y “el generado por los pacientes”, “el resto del personal de Enfermería” y de “los tutores”.

En cuanto a los principales acontecimientos generadores de estrés que manifestaron los estudiantes, fueron “la preocupación por las calificaciones”, seguido por “la presión de la naturaleza y calidad de la práctica clínica” y “la sensación de que el desempeño no cumple con las expectativas de los tutores”. El menor estrés que experimentaron, estuvo relacionado con “la comunicación con los pacientes”; “incapacidad para proporcionar a los pacientes un buen cuidado de Enfermería” y “no estar familiarizado con la terminología de la historia clínica”.

En otro sentido, el objetivo prioritario para Toribio-Ferrer y Franco-Bárceñas (2016)<sup>127</sup>, ha sido conocer los principales factores estresores relacionados con el estrés académico que los estudiantes de Enfermería presentan, siendo estos: “la sobrecarga académica”, “la evaluación de los profesores” y “la personalidad, así como el carácter del profesor”; mientras que los que se presentan con menor frecuencia son: “sentimiento de agresividad” o “aumento de irritabilidad”; “búsqueda de información sobre el estrés” y el “aislamiento de los demás”.

#### **4.1.4 - Estrés y factores predictores en Estudiantes de Fisioterapia**

En un estudio de Tucker et al. (2003)<sup>128</sup>, realizado a estudiantes de Fisioterapia australianos, describen sus estudios como altamente demandantes, valorando las exigencias académicas en términos de estresantes.

En otra investigación llevada a cabo por Tucker y colaboradores diferentes, Tucker et al. (2006)<sup>83</sup>, esta vez analizando a alumnos de Fisioterapia británicos y australianos, manifestaron que hasta un 71% de los mismos encontraron los estudios más difíciles de lo esperado.

Los estudiantes australianos reportaron mayores niveles de estrés en los tres primeros cursos en comparación con los de cuarto. Las preocupaciones académicas fueron calificadas como las más altas para todos los estudiantes, particularmente la cantidad de materia a aprender, las demandas de tiempo durante el curso, y los conflictos con otras actividades.

Walsh et al. (2010)<sup>104</sup>, reporta que los estresores más frecuentemente indicados por los estudiantes de Fisioterapia son los relacionados con el ámbito académico, por encima de otros de naturaleza personal o económica. Además, encontraron que el 27% de los estudiantes mostraba niveles clínicamente significativos de morbilidad psicológica, las fuentes de estrés académico y personal explicaban hasta un 48% de la varianza después de controlar el efecto de trabajar a tiempo parcial o de las horas de estudio.

Los resultados destacaron la vulnerabilidad emocional de una proporción significativa de estudiantes de Fisioterapia, siendo los temas académicos y personales los más preocupantes.



Olivan et al. (2011)<sup>129</sup>, precisa que el nivel de intensidad del estrés académico percibido por los estudiantes de Fisioterapia, es considerado como medio-alto, destacando como situaciones estresoras desencadenantes “la sobrecarga de trabajos”; “la evaluación de los profesores” y “el tiempo limitado para la realización de los trabajos”.

Jacob et al. (2012)<sup>130</sup>, reportó que el estrés percibido y las fuentes de estrés para los estudiantes de Fisioterapia en las tres universidades analizadas se derivaron principalmente de fuentes académicas. Las diferencias entre grupos pueden atribuirse a características inherentes al perfil demográfico y a las diferencias en los programas de educación.

Cabanach et al. (2014)<sup>131</sup>, en su análisis, indica a “las intervenciones en público”, “los exámenes” y “las deficiencias metodológicas del profesorado”, por este orden, las tres situaciones académicas que los estudiantes de Fisioterapia manifiestan como más estresantes. En estos tres factores, las situaciones académicas son percibidas como estresantes “Bastantes veces”. Por el contrario, las “malas relaciones en el contexto académico” y “la imposibilidad de participar en las decisiones que atañen a su propio trabajo académico”, constituyen las circunstancias que los universitarios perciben como menos amenazantes.

Sabih et al. (2013)<sup>132</sup> continuando con el análisis del estrés académico entre estudiantes de Fisioterapia, reporta que el 88% manifestaron sentirse estresados. De ellos, el 42% de los estudiantes

estaban ligeramente estresados, el 40% estaban moderadamente estresados y el 6% estaban severamente estresados. También han evidenciado que los estudiantes de primer curso se sentían más abrumados por “el nuevo entorno”, mientras que los de último curso percibían como más amenazantes “los exámenes” y “las demandas exigidas en el ámbito preclínico”.

En un estudio reciente, Judd et al. (2016)<sup>133</sup>, analizan las respuestas de estrés agudo de los estudiantes de Fisioterapia durante prácticas de simulación de aspectos que se suelen presentar en la clínica real, comparados con alumnos que se encuentran en su rotación clínica.

Estrés y ansiedad, así como la frecuencia cardiaca, aumentó significativamente desde los niveles basales antes del encuentro en ambos contextos. El estrés y la ansiedad fueron significativamente mayores en la simulación en comparación con el hospital.

Los estudiantes experimentaron un incremento agudo en las respuestas de estrés durante los encuentros con los pacientes, independientemente del entorno (simulado y hospitalario). El estrés psicológico durante los encuentros fue mayor en la simulación que en los hospitales; sin embargo, las respuestas de estrés fisiológico fueron comparables en ambos escenarios.

Debido a que el motivo del presente trabajo es conocer específicamente los factores predictores de estrés en los estudiantes en Fisioterapia en sus prácticas clínicas, se ha considerado analizar solo los factores de estrés en el ámbito académico en el presente capítulo, abordando los específicos de las prácticas clínicas en un capítulo aparte, que se desarrolla a continuación.



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

## Capítulo 5

### Estresores-Estrés

### Práctica Clínicas en Fisioterapia

#### 5.1 - Factores Predictores de Estrés en las Prácticas Clínicas en Fisioterapia

Los estudiantes de ciencias de la salud en general, y de Fisioterapia en particular, son susceptibles de experimentar altos niveles de estrés percibido<sup>83,84,101,104,132</sup>. Aunque estos datos pueden resultar incompletos, ello es debido a que en Fisioterapia existen pocos datos publicados sobre el estrés en las prácticas clínicas, las cuales son consideradas una parte muy importante dentro la formación curricular académica dentro de las ciencias de la salud<sup>134-136</sup>.

El Prácticum es reconocido como la mejor forma para que los estudiantes, todavía inexpertos en el tratamiento de los pacientes, puedan poner en práctica y aplicar los conocimientos adquiridos en la etapa formativa teórica o de simulación y desarrollar conocimientos y experiencia sobre el razonamiento clínico. Sirve también de toma de contacto con la realidad social en materia de salud, permitiendo a los

alumnos enfrentarse a situaciones auténticas con pacientes reales<sup>137-139</sup>.

Sin embargo, a la par que les motiva enormemente esta nueva situación, también es un momento de mayor estrés para los estudiantes. La percepción del estudiante de determinados factores desencadenantes de estrés y su capacidad para gestionar con eficacia esta situación, es una preocupación legítima para los docentes que conocen los efectos negativos de la ansiedad, así como de la disminución de las estrategias de afrontamiento ya que pueden interferir en que el aprendizaje sea efectivo, afectando al rendimiento clínico y la capacidad para atender a los pacientes<sup>104,141,142</sup>, como señala Delany et al. (2015)<sup>143</sup>.

El hecho de que un estudiante tenga que desarrollar sus habilidades en el tratamiento de los pacientes, sin experiencia previa, puede verse influido por toda una serie de factores que pueden inducir estrés. Tal como apuntan otros autores, las prácticas clínicas en ciencias de la salud es el momento de mayor estrés para los estudiantes<sup>104,130,145</sup>.

Hablar de la influencia de las prácticas clínicas en los estudiantes de Fisioterapia y de la percepción de estrés durante dicho periodo es un tema poco analizado a día de hoy<sup>132,145</sup>. Se pueden establecer paralelismos entre otras disciplinas en ciencias de la salud como Enfermería o Medicina, donde se han publicado un considerable número de estudios sobre el estrés de los estudiantes en relación a su

periodo de formación del desempeño del rol como profesional, así como cuales son los factores desencadenantes de estrés en dicho periodo de formación.

No ocurre lo mismo con los estudiantes de Fisioterapia, ya que hasta donde se ha podido constatar, es casi inexistente lo publicado, motivo que justifica la necesidad de conocer estos factores.

### **5.1.1 - Una revisión de lo publicado en las prácticas clínicas en Fisioterapia**

Los primeros estudios que analizan el estrés o factores desencadenantes de estrés en las prácticas clínicas en Fisioterapia, tienen su origen a finales de los años 80 del pasado siglo. Estos estudios coinciden con la consolidación de la Fisioterapia como profesión. Cabe destacar que a la vez que este desarrollo iba avanzando, se planteaba una línea de investigación sobre la influencia del estrés en las prácticas clínicas en Fisioterapia, pero como veremos a continuación, no se perpetuó, siendo a día de hoy escasas o casi nulas las publicaciones sobre esta problemática, dejando un vacío de conocimientos sobre estos factores. Tal como se ha comentado con anterioridad, al no existir un análisis exhaustivo o un cuestionario validado que pueda agrupar los posibles factores desencadenantes de estrés en las prácticas clínicas en Fisioterapia, sino algunos ítems aislados dentro de las publicaciones existentes, no se ha podido conocer con más amplitud cuales circunstancias o situaciones pueden ser objeto de desarrollo de estrés por parte de los estudiantes.

En un estudio piloto realizado por Walish et al. (1986)<sup>148</sup> preguntaron a los alumnos por sus preocupaciones antes y después de unas estancias preclínicas y a posteriori, antes de las prácticas clínicas definitivas. Las preocupaciones más frecuentes fueron las relaciones interpersonales, el nivel de conocimiento de los estudiantes y los procedimientos de tratamiento. Los estudiantes expresaron más preocupaciones antes de las preclínicas que después, y antes de la definitiva rotación de prácticas clínicas. Concluyendo que las estancias preclínicas construyen la confianza de los estudiantes en sus habilidades afectivas y psicomotoras, sin embargo, también comienzan a experimentar la frustración de ser incapaz de ayudar a ciertos pacientes.

Los ítems por los que mostraron preocupación los alumnos fueron:

- Transición de estudiante a terapeuta.
- Interactuar con los pacientes.
- Administración de tratamientos.
- Interacción con el personal de Fisioterapia.
- Expectativas del tutor.
- Un diagnóstico particular.
- Adaptación a un programa de educación clínica.
- Ser aceptado como alumno y compañero por los profesionales.



- Recibir comentarios verbales sobre la actuación.
- Adaptación a la nueva ubicación.
- Supervisión.
- Interactuar con otros profesionales de la salud.
- Interactuar con otros estudiantes en el contexto clínico.
- Transporte al centro de prácticas clínica.
- Responsabilidades clínicas distintas del cuidado del paciente.
- Uso de los equipos.
- No poder ayudar a un paciente.
- Tratamiento del paciente con discapacidad grave.
- Sobreimplicación con los pacientes.
- Evaluación recibida por las prácticas clínicas.

De estos ítems, los que mantuvieron una evaluación más alta después de su rotación preclínica fueron:

1. Interactuar con los pacientes
2. Administración de tratamientos
3. Interacción con el personal de Fisioterapia
4. Un diagnóstico particular

5. Transición del estudiante a terapeuta
6. Expectativas del tutor clínico
7. Adaptación a una nueva ubicación
8. Recibir comentarios verbales sobre el desempeño

Por otro lado, Cupit (1988)<sup>149</sup>, atribuye que una gran parte del estrés experimentado por los estudiantes, está relacionado a las nuevas respuestas de comportamiento requeridas durante su periodo de formación clínica. Estas respuestas están relacionadas inicialmente con el cambio, posteriormente con las preocupaciones sobre las competencias, las relaciones interpersonales y el concepto de crecimiento profesional. Muchas de las preocupaciones se refieren a las expectativas, tanto realistas como poco realistas, de las actitudes y comportamientos de los tutores clínicos.

Deckard y Present (1989)<sup>150</sup> estudiaron la relación entre el estrés y el bienestar físico y emocional de los alumnos de Fisioterapia en sus prácticas clínicas. A la vez, se sentaban algunas bases de los primeros factores desencadenantes de estrés en el desarrollo de las prácticas clínicas.

Los datos recogidos a través de la investigación por encuestas establecieron una relación significativa entre el conflicto de rol del fisioterapeuta (conflicto entre las demandas de la organización y los valores personales y profesionales) y el agotamiento emocional y entre

el conflicto de rol y somática y la tensión inducida por el trabajo. La ambigüedad del rol, creado por un clima organizacional incierto, fue significativo, relacionado con el agotamiento emocional y por la tensión somática y de trabajo inducida.

La asignación del tiempo a cada paciente, el personal o los recursos insuficientes, y la recepción de demandas incompatibles fueron identificados como factores de estrés y predictores de un detrimento del bienestar emocional y físico. Las consecuencias son que, cuando el estrés se mantiene en el tiempo, se agotan las reservas de energía emocional y física, generando mal humor, respuestas inadecuadas a los pacientes y compañeros, así como una pérdida de sensibilidad hacia las necesidades de los pacientes. Este estrés redunda en una menor capacidad de soportar la carga de trabajo diario.

Factores predictores que se contemplan:

- Excesiva carga laboral.
- Asignación de tiempo a cada paciente.
- Insuficiencia de recursos.
- Tener que tratar al paciente de forma distinta a la que pienso.
- Trabajar en cosas innecesarias.
- Contradicciones

McComas et al. (1993)<sup>151</sup>. Analizan el comportamiento sexual inapropiado por parte de los pacientes (CSIP) hacia los alumnos en prácticas (n = 87). Un alto porcentaje (80,9%) informaron de cierto nivel de CSIP. Un tercio informó de graves CSIP. El 20% de los estudiantes percibió que habían sido objeto de acoso sexual por parte de los pacientes.

Del cuestionario de evaluación que estaba dividido entre preguntas de nivel leve, nivel moderado o nivel grave de CSIP, las dos puntuaciones de más alta tasa de respuesta por los niveles descritos que habían recibido por parte del paciente fueron:

- Nivel leve: Bromas ofensivas o historias insinuantes y comentarios halagadores o sugerentes acerca de su apariencia o de actividades sexuales.
- Nivel moderado: Comentarios sexuales o groseros e intentos de averiguar su vida privada a nivel sexual.
- Nivel grave: Enseñar los genitales de forma deliberada e intento de tocar alguna parte de su cuerpo, incluidas zonas íntimas.

En la misma línea de investigación que Mc Comas, Weerakoon y O'Sullivan (1998)<sup>152</sup>, pero en este caso no son alumnos, sino ya profesionales los que se analizan, nos permite situarnos ante esta situación y ver que no solo ocurre con los alumnos. Reportaron que la incidencia de CSIP y percepción de acoso sexual fue más del 80% de los encuestados, donde informaron de la incidencia de algún tipo de

CSIP. La práctica de la Fisioterapia implica una estrecha interacción personal entre el paciente y el clínico, incluyendo el uso del toque terapéutico. Esto puede hacer vulnerables a los fisioterapeutas frente a los pacientes con una CSIP.

El comportamiento sexual reportado con mayor frecuencia en hombres y mujeres era la narración de historias sugerentes y chistes ofensivos. Otros comportamientos con una incidencia de más del 50% fueron piropos o sugerencias y solicitudes de una cita para las mujeres; para el género masculino fueron comentarios sexuales vulgares los que más incidencia se evidenciaron. Estos comentarios vienen propiciados por el hecho de que algunos pacientes tienen dificultades para distinguir entre las relaciones personales y terapéuticas.

Las consecuencias de estos CSIP fueron efectos de estrés psicológicos tales como ira, culpa, nerviosismo, soledad y sensación de ser utilizado. A nivel del desempeño de sus funciones los efectos fueron, distracción y necesidad de ausentarse del trabajo.

Pynor et al. (2005)<sup>153</sup>, en un estudio preliminar con una muestra de 333 estudiantes, analizó las actitudes de los estudiantes de Fisioterapia hacia la temática sexual que se pueda presentar en las prácticas clínicas y la incomodidad que esto les genera, encontrando un alto porcentaje de incidencia manifestada por parte de los alumnos.

Los tres ítems que mayor incidencia expresaron fueron:

- Acudir a tratar a un paciente, el cual se estaba masturbando, 95%.
- Tratar a un paciente que realiza observaciones sexuales abiertas, 74%.
- Tratar a un paciente que te hace un comentario sexual encubierto, 68%.

La mayor incidencia se produjo entre el género femenino, y manifestaron también sentirse más incómodas que los hombres frente a estos comentarios y situaciones.

Roe-Shaw et al. (2003)<sup>154</sup> en su análisis reportan que muchos de los estudiantes se encontraban muy ansiosos, nerviosos o asustados de cara a su primera rotación.

El desconocimiento o los comentarios sobre el centro o las ubicaciones de estos, les produjo cierta ansiedad y preocupación. El tener que desplazarse fuera del ámbito de residencia, desencadena estas respuestas por el incremento económico que les supone, unido en ocasiones a no conocer por experiencia propia el centro asignado, si no por comentarios de otros alumnos. También el tipo de pacientes fue una preocupación manifiesta, especialmente cuando el estudiante no había tenido ningún contacto con pacientes de ese tipo.

Christofolletti (2007)<sup>155</sup>, en su análisis sobre el Síndrome de Burnout (desgaste) en estudiantes de prácticas clínicas, encontró que los estudiantes de cuarto año de Fisioterapia, mostraban signos compatibles con síndrome de desgaste, alcanzando una puntuación de moderado en los indicadores de agotamiento y despersonalización emocional.

Delany et al (2015)<sup>143</sup> en su artículo donde se describen sesiones de técnicas de capacidad de adaptación al periodo de prácticas clínicas, se les preguntó a los alumnos por los diferentes factores de estrés relacionados con las demandas de estudio y compaginación con las estancias clínicas, junto a otros compromisos, sus propios problemas y preocupaciones, así como su perspectiva sobre el proceso de supervisión.

Destacaron una serie de factores que les generaban estrés:

- Evaluación constante en las clínicas
- Necesidad de leer la mente de los supervisores
- La presión adicional de las asignaciones clínicas
- La aparente subjetividad del proceso de evaluación
- Los supervisores exigentes (elevadas expectativas /ser observado demasiado cerca/interrogado para valorar sus conocimientos)
- La incertidumbre acerca de los procesos de evaluación, normas y tareas
- Equilibrio entre las prácticas y la universidad en el contexto de ajustar los horarios
- La preocupación por satisfacer las expectativas

- Preocupación por que su aprendizaje se vea influido por la sobrecarga clínica del tutor.
- La preocupación de “no ser lo suficientemente bueno”.

En un estudio reciente, Jacob et al. (2016)<sup>145</sup>, no fueron identificados como fuentes de estrés los factores analizados. Sugieren que el estrés percibido podría estar relacionado con otros factores, tales como las relaciones interpersonales dentro del contexto clínico o problemas de carácter personal.

Los ítems que analizaron relativos a las prácticas clínicas fueron:

- Cambio de lugar de residencia habitual debido a la localización del centro de prácticas.
- Tiempo de conducción a la ubicación de la clínica.
- Trabajar durante la práctica clínica.
- Especialidad de la práctica clínica.
- Satisfacción con la asignación.
- Grado de interés en el área de docencia clínica.
- Grado de satisfacción con la tutorización clínica.

Como se ha podido analizar, tal como ya se ha indicado con anterioridad, esta es la literatura encontrada, siendo pocos los artículos que analizan y describen los posibles factores predictores de estrés en las prácticas clínicas en Fisioterapia.



## Capítulo 6

### Normativa y Legislación

#### 6.1 - El Prácticum en Fisioterapia

La formación práctico-clínica de las disciplinas de Ciencias de la Salud se encuentra en transformación en toda España como consecuencia del desarrollo de los nuevos títulos de Grado y el nuevo modelo acordado entre el servicio sanitario público y las universidades. Estos cambios vienen inducidos por la construcción del Espacio Europeo de Educación Superior, con un nuevo diseño de las titulaciones, centradas en las competencias profesionales en cuyo logro ocupa un papel relevante la práctica clínica<sup>156</sup>.

En Andalucía, partiendo del reconocimiento explícito de que la formación de los profesionales de la salud es una tarea compartida entre el sistema sanitario y las universidades, se suscribe un acuerdo entre la Junta de Andalucía y las universidades andaluzas para la utilización de las instituciones sanitarias en la investigación y la docencia<sup>157</sup>. El acuerdo define el «Nuevo modelo para la formación práctico-clínica del alumnado de los estudios universitarios conducentes a las profesiones sanitarias». Este modelo, pilotado en Almería desde el curso 2008/09, quedó definitivamente desarrollado con la implantación de los nuevos títulos de Grado y la extinción de las diplomaturas en el curso 2011/12.

Tanto alumnos como profesionales sanitarios, valoran muy positivamente las prácticas clínicas.

En una encuesta realizada por Melián et al. (2007)<sup>158</sup>, a 50 fisioterapeutas de centros asistenciales españoles, el aspecto más valorado en el plan de estudios del Grado en Fisioterapia es la formación práctica. Los encuestados consideraron que el aspecto más positivo de la formación académica recibida había sido el relacionado con la parte práctica (62%): número de horas, organización y planificación, diversidad, etc. La formación práctica recibida fue calificada entre buena y excelente por un 76% de los encuestados.

Cebriá et al. (2009)<sup>159</sup>, en un estudio realizado sobre la valoración de competencias por parte de los estudiantes de la extinta Diplomatura de Fisioterapia, valoraron las competencias asociadas a la asistencia clínica como las más importantes de su formación.

El libro blanco, elaborado por la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA)<sup>160</sup>, se contemplan las directrices sobre el Título de Grado en Fisioterapia. En él, se describen las competencias específicas de la profesión de Fisioterapia. Como subapartado, en el B) De Competencias Profesionales (Saber Hacer, Habilidades), donde se indican los objetivos a demostrar para finalizar los estudios del título de grado en Fisioterapia, en su punto 24 se indica: *"Afrontar el estrés, lo que supone tener capacidad para controlarse a sí mismo y controlar el entorno en situaciones de*

*tensión*”. Así mismo, en la clasificación de las, Competencias Profesionales, punto 17, también se hace alusión a “Afrontar el estrés”.

Las bases teóricas están trazadas y definidas; a nivel académico se tiene una idea situacional sobre las circunstancias del estrés y sus factores predisponentes. Hasta este momento, se ha recorrido la mitad del camino, solo queda conocer la otra mitad, la influencia del estrés en las prácticas clínicas y conocer los factores desencadenantes.

Continuando con el Libro Blanco de la Titulación de Grado en Fisioterapia, en la distribución de competencias específicas por materia y haciendo mención a la descripción de esta materia, cita: consiste en la realización de prácticas clínicas en las que se ha de realizar la integración de los conocimientos adquiridos, aplicándolos tanto a casos clínicos concretos, estableciendo e implementando las actuaciones y tratamientos fisioterapéuticos necesarios, como a las intervenciones para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Por tanto, se han de desarrollar en la misma todas las competencias profesionales, que son las comprendidas entre la número 8 y la 26, en su parte más aplicativa. Se circunscriben a esta materia con mayor intensidad las siguientes competencias:

- Proporcionar una atención de Fisioterapia de forma eficaz, otorgando una asistencia integral a los pacientes/usuarios.
- Relacionarse de forma efectiva con todo el equipo pluridisciplinar.

- Manifestar un alto grado de autoconcepto, con una aceptación óptima de sí mismo, sin egocentrismo, pero sin complejos.
- Ajustarse a los límites de su competencia profesional en la atención a la salud.
- Colaborar y cooperar con otros profesionales enriqueciéndose entre sí.
- Manifestar respeto, valoración y sensibilidad ante el trabajo de los demás.
- Desarrollar la capacidad para organizar y dirigir equipos de trabajo de modo efectivo y eficiente.
- Manifestar discreción, utilizando de forma adecuada la información de la que dispone, preservando la dignidad del paciente.
- Trabajar con responsabilidad, ser capaz de hacer frente a las actividades de su puesto de trabajo sin necesidad de una estricta supervisión.
- Mostrar su orientación al paciente/usuario, poniendo de manifiesto en su actuación que el ciudadano y sus necesidades son el eje en torno al cual giran sus decisiones.

Los 30 créditos que se asignan a la materia Estancias Clínicas deben tener necesariamente una carga mínima de trabajo de 1.200 horas. Esta carga se justifica por la naturaleza de la propia materia, ya que las Estancias Clínicas no presentan un contenido teórico específico, sino que su objetivo consiste en que el estudiante adquiriera la necesaria experiencia clínica, realizando la integración de los conocimientos adquiridos y aplicándolos a casos clínicos y a intervenciones de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud- que le

permita acceder al mercado de trabajo con las habilidades intelectuales, las destrezas técnicas y manuales, y los valores profesionales suficientes, que le acrediten como un profesional de la Fisioterapia convenientemente cualificado.

Por otra parte, la European Network Physiotherapy in Higher Education establece que, en ningún caso, el mínimo exigible para la formación clínica de un Fisioterapeuta debe ser inferior a 1.100 horas.

Por todo ello, consideramos que el número de horas de carga de trabajo propuestas para la materia Estancias Clínicas, coincide con las exigidas por término medio para esta materia en los programas de Fisioterapia de los diferentes Estados Europeos, lo que ayudará a la armonización de la Titulación en Fisioterapia en el Espacio Europeo de Educación Superior.

Como consideraciones previas al Título de Grado en Fisioterapia, el Ministerio de Educación y Ciencia, elaboró una Ficha Técnica de Propuesta de Título Universitario de Grado, según RD 55/2005, de 21 de enero, disposición derogada por Real Decreto 56/2005, de 21 de enero<sup>161</sup>, por el que se regulan los estudios universitarios oficiales de Posgrado. En ella, se describen las competencias en la asignatura de las prácticas clínicas:

“ENSEÑANZAS DE GRADO EN FISIOTERAPIA: Mediante la realización del Prácticum clínico se integrarán todos los conocimientos

adquiridos y se desarrollarán todas las competencias profesionales, capacitando para una atención en Fisioterapia eficaz mediante una asistencia integral a los pacientes/usuarios. Durante su realización, el estudiante debe desarrollar, además, competencias ligadas a la búsqueda y organización de documentación y a la presentación de su trabajo de manera adecuada a la audiencia”.

Posteriormente, en la Orden CIN/2135/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Fisioterapeuta<sup>162</sup>:

Artículo único. Requisitos de los planes de estudios conducentes a la obtención de los títulos de Grado que habiliten para el ejercicio de la profesión de Fisioterapeuta (Anexo):

Apartado 3. Objetivos. –Competencias que los estudiantes deben adquirir (las más directamente relacionadas con las prácticas clínicas).

4. Adquirir la experiencia clínica adecuada que proporcione habilidades intelectuales y destrezas técnicas y manuales; que facilite la incorporación de valores éticos y profesionales; y que desarrolle la capacidad de integración de los conocimientos adquiridos; de forma que, al término de los estudios, los estudiantes sepan aplicarlos tanto a

casos clínicos concretos en el medio hospitalario y extra hospitalario, como a actuaciones en la atención primaria y comunitaria.

11. Proporcionar una atención de Fisioterapia eficaz, otorgando una asistencia integral a los pacientes.
12. Intervenir en los ámbitos de promoción, prevención, protección y recuperación de la salud.
13. Saber trabajar en equipos profesionales como unidad básica en la que se estructuran de forma uni o multidisciplinar e interdisciplinar los profesionales y demás personal de las organizaciones asistenciales.
14. Incorporar los principios éticos y legales de la profesión a la práctica profesional, así como integrar los aspectos sociales y comunitarios en la toma de decisiones.
18. Adquirir habilidades de gestión clínica que incluyan el uso eficiente de los recursos sanitarios y desarrollar actividades de planificación, gestión y control en las unidades asistenciales donde se preste atención en Fisioterapia y su relación con otros servicios sanitarios.
19. Comunicarse de modo efectivo y claro, tanto de forma oral como escrita, con los usuarios del sistema sanitario, así como con otros profesionales.

En relación con el componente de formación clínica práctica propia de Fisioterapia, en el Apartado 5. *Planificación de las*

*enseñanzas*. El plan de estudios deberá incluir como mínimo, los siguientes módulos:

- Módulo: Prácticas Tuteladas y Trabajo de Fin de Grado.
- Nº de créditos europeos: 48.

Competencias que deben adquirirse (en relación a las Prácticas tuteladas):

- Practicas preprofesionales en forma de rotatorio clínico independiente y con una evaluación final de competencias en los centros de salud, hospitales y otros centros asistenciales y que permita integrar todos los conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y valores, adquiridos en todas las materias; y se desarrollaran todas las competencias profesionales, capacitando para una atención de Fisioterapia eficaz.

Posteriormente el Ministerio de Educación y Ciencia, RD 1707/2001<sup>163</sup>, modificado por el RD 592/2014, regulan las prácticas académicas externas de los estudiantes universitarios.

Artículo 2 Definición, naturaleza y caracteres de las prácticas externas.

1. Las prácticas académicas externas constituyen una actividad de naturaleza formativa realizada por los estudiantes universitarios y supervisada por las



Universidades, cuyo objetivo es permitir a los mismos aplicar y complementar los conocimientos adquiridos en su formación académica, favoreciendo la adquisición de competencias que les preparen para el ejercicio de actividades profesionales, faciliten su empleabilidad y fomenten su capacidad de emprendimiento.

2. Podrán realizarse en la propia universidad o en entidades colaboradoras, tales como, empresas, instituciones y entidades públicas y privadas en el ámbito nacional e internacional.

#### Artículo 3. Fines.

Con la realización de las prácticas académicas externas se pretenden alcanzar los siguientes fines:

- a) Contribuir a la formación integral de los estudiantes complementando su aprendizaje teórico y práctico.
- b) Facilitar el conocimiento de la metodología de trabajo adecuada a la realidad profesional en que los estudiantes habrán de operar, contrastando y aplicando los conocimientos adquiridos.
- c) Favorecer el desarrollo de competencias técnicas, metodológicas, personales y participativas.
- d) Obtener una experiencia práctica que facilite la inserción en el mercado de trabajo y mejore su empleabilidad futura.
- e) Favorecer los valores de la innovación, la creatividad y el emprendimiento.

Se regula la cooperación entre la universidad y la empresa, para lo que se especifica la posibilidad de la firma de Convenios/Acuerdos de colaboración específicos mutuos. En consonancia con todo ello, cada Universidad dispone de su normativa de prácticas externas: disponibles en los siguientes enlaces: Almería<sup>165</sup>, Cádiz<sup>166</sup>, Granada<sup>167</sup>, Jaén<sup>168</sup>, Málaga<sup>169</sup> y Sevilla<sup>170</sup>.

En este sentido, todos los centros universitarios andaluces donde se imparte este Grado cumplen lo dispuesto en la referida Orden CIN, como se muestra en la siguiente tabla, donde la denominación de las citas Prácticas varía entre Prácticum, Prácticum Clínico o Prácticas tuteladas:

Universidad	Centro	Asignaturas 3º curso	Asignaturas 4º curso	ECTS
<b>Almería</b>	 Facultad de Ciencias de la Salud	- Prácticas Tuteladas I (18 ECTS)	- Prácticas Tuteladas II (22 ECTS)	40
<b>Cádiz</b>	 Facultad de Enfermería y Fisioterapia	- Practicum I (9 ECTS) - Practicum II (9 ECTS)	- Practicum III (12 ECTS) - Practicum IV (12 ECTS)	42
<b>Granada</b>	 Facultad de Ciencias de la Salud  Facultad de Enfermería (Melilla)		- Prácticas Tuteladas I (18 ECTS) - Prácticas Tuteladas II (24 ECTS)  <u>Curso 2019-2020</u> - Prácticas Tuteladas I (18 ECTS) - Prácticas Tuteladas II (24 ECTS)	42
<b>Jaén</b>	 Facultad de Ciencias de la Salud	- Practicum Clínico I (9 ECTS) - Practicum Clínico II (9 ECTS)	- Practicum Clínico III (12 ECTS) - Practicum Clínico IV (12 ECTS)	42

Universidad	Centro	Asignaturas 3º curso	Asignaturas 4º curso	ECTS
<b>Málaga</b>	 Facultad de Ciencias de la Salud	- Practicum I (18 ECTS)	- Practicum II (11 ECTS) - Practicum III (11 ECTS)	40
<b>Sevilla</b>	 Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología	- Prácticas Tuteladas I (9 ECTS) - Prácticas Tuteladas II (9 ECTS)	- Prácticas Tuteladas III (11 ECTS) - Prácticas Tuteladas IV (11 ECTS)	40
	Escuela Universitaria de Osuna	- Prácticas Tuteladas I (9 ECTS) - Prácticas Tuteladas II (9 ECTS)	- Prácticas Tuteladas III (11 ECTS) - Prácticas Tuteladas IV (11 ECTS)	
<b>Córdoba</b>	 Facultad de Enfermería y Medicina		<u>Curso 2018-2019</u> Prácticum I (18 ECTS) Prácticum II (18 ECTS) Practicum III (9 ECTS) Practicum IV (9 ECTS)	54

Si se tienen en cuenta el total de créditos dedicados a las prácticas clínicas de Fisioterapia entre los siete centros que actualmente imparten el Grado en Fisioterapia en Andalucía, resultan un sumatorio de 286 ECTS, lo que arroja una media del 45% de dicha cantidad impartida en 3º curso frente a un 55% en cuarto (salvando el dato de la Universidad de Granada que concentra todos los créditos en 4º curso).

La media de créditos en 3º curso es de 18 ECTS frente a los 22.6 ECTS de 4º curso, excepto Granada que concentra el total en 4º curso (41 ECTS).

### 6.1.1 - Fechas de publicación planes de estudios de Graduado/a en Fisioterapia por las universidades andaluzas.

---

Universidad	Fecha publicación Plan Estudios
<b>Grado Fisioterapia</b>	
<b>Almería</b>	Resolución de 5 de noviembre de 2010, de la Universidad de Almería, por la que se publica el plan de estudios de Graduado en Fisioterapia. BOJA núm. 229, 23 de noviembre 2010. Resolución de 13 de noviembre de 2014, de la Universidad de Almería, por la que se publica la modificación del plan de estudios de Graduado en Fisioterapia. BOE núm. 288, 28 de noviembre de 2014.
<b>Cádiz</b>	Resolución de 10 de junio de 2013, de la Universidad de Cádiz, por la que se publica el plan de estudios de Graduado en Fisioterapia. BOE núm. 150, 24 de junio de 2013.
<b>Granada</b>	Resolución de 16 de mayo de 2011, de la Universidad de Granada, por la que se publica el plan de estudios de Graduado en Fisioterapia. BOE núm. 128, 30 de mayo de 2011.
<b>Jaén</b>	Resolución de 29 de julio de 2010, de la Universidad de Jaén, por la que se publica el plan de estudios de Graduado en Fisioterapia. BOE núm. 193, 10 de agosto de 2010.  Resolución de 24 de junio de 2011, de la Universidad de Jaén, por la que se corrigen errores en la de 29 de julio de 2010, por la que se publica el plan de estudios de Graduado en Fisioterapia. BOE núm. 170, 16 de julio de 2011.

---

Universidad	Fecha publicación Plan Estudios
<b>Grado Fisioterapia</b>	
<b>Málaga</b>	<p>Resolución de 31 de mayo de 2010, de la Universidad de Málaga, por la que se publica el plan de estudios de Graduado en Fisioterapia. BOE núm. 217, 07 de septiembre de 2010.</p> <p>Resolución de 13 de febrero de 2014, de la Universidad de Málaga, por la que se publica modificación del plan de estudios de Graduado en Fisioterapia. BOE núm. 63, 14 de marzo de 2014.</p>
<b>Sevilla</b>	Resolución de 20 de diciembre de 2010, de la Universidad de Sevilla, por la que se publica el plan de estudios de Graduado en Fisioterapia. BOE núm. 17, 20 de enero de 2011.
<b>Córdoba</b>	Resolución de 21 de octubre de 2015, de la Universidad de Córdoba, por la que se publica el plan de estudios de Graduado en Fisioterapia. BOE núm. 265, 05 de noviembre de 2015.

### 6.1.2 - Convenio Marco y Adenda

ACUERDO de 28 de noviembre de 2000, del Consejo de Gobierno, por el que se autoriza la modificación del Convenio-Marco suscrito entre las Consejerías de Salud y Educación y Ciencia y las Universidades de Almería, Cádiz, Córdoba, Granada, Huelva, Jaén, Málaga y Sevilla, para la utilización de las Instituciones Sanitarias en la investigación y la docencia. BOJA, núm. 8, de 20 de enero de 2001.

Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. Acuerdo de 4 de marzo de 2008, del Consejo de Gobierno, por el que se autoriza la modificación del Convenio-Marco suscrito entre las Consejerías de Salud y Educación y Ciencia y las Universidades de Almería, Cádiz, Córdoba, Granada, Huelva, Jaén, Málaga y Sevilla, para la utilización de las Instituciones Sanitarias en la Investigación y la Docencia. BOJA, núm. 54, de 18 de marzo de 2008, donde se incluye Anexo sobre Acuerdo de incorporación de adenda al convenio marco entre la Consejería de Salud y de Educación y Ciencia y las Universidades de Almería, Cádiz, Córdoba, Granada, Huelva, Jaén, Málaga y Sevilla para la utilización de las instituciones sanitarias en la investigación y la docencia nuevo modelo para la formación práctico-clínica.

Tal como se cita en la Adenda, debe destacarse la realidad que suponen los nuevos escenarios que, en la actualidad, se abren tanto desde la perspectiva de la Universidad como de la Administración Sanitaria. Así, tanto las exigencias del Espacio Europeo de Educación Superior como la renovación de los avances metodológicos en el ámbito de la docencia y el aprendizaje plantean la necesidad de abrir nuevos planteamientos en los cauces de colaboración entre la Administración Sanitaria y la Administración Educativa para hacer realidad la mejora de la calidad de la formación práctico-clínica de los profesionales sanitarios. En este documento queda reflejada la figura del Tutor Clínico con funciones docentes de tutela práctico-clínica y la del Coordinador de Prácticas, con funciones de tutela y, sobre todo, de coordinación y docencia.



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA



## **Segunda parte: Marco empírico**

---





UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

---

## Capítulo 7

### Justificación

#### 7.1 - Justificación del estudio

Tal como se ha relatado en el Marco Teórico, la vida universitaria puede llevar implícito un periodo de estrés adaptativo, por la novedosa situación y los importantes cambios que se producen. Estos cambios, representan un conjunto de situaciones manifiestamente estresantes según autores como Fisher (1984)<sup>56</sup>.

Tras superar la etapa de ingreso a la universidad, aparecen nuevas situaciones que podrían conducir al denominado “estrés académico”, como lo describe Polo et al. (1996)<sup>50</sup>.

En el campo específico de las Ciencias de la Salud, uno de los grandes grupos de estresores de nueva incorporación son los denominados estresores de tipo clínico, relacionados con interacción con los pacientes y las derivadas de los centros de prácticas.

En el campo específico de la Fisioterapia, los estresores más frecuentes desde el punto de vista de los estudiantes, han sido los relacionados con el ámbito académico (Walsh et al. 2010)<sup>104</sup>, destacando el estrés agudo en el ámbito de las prácticas clínicas (en este caso de simulación), tal como cita Jud et al. (2016)<sup>133</sup>.

Las prácticas clínicas son un campo poco estudiado a pesar de que pueden interferir en el aprendizaje, rendimiento clínico y capacidad de atención al usuario (Delany et al. 2015)<sup>143</sup>, aunque sí hay estudios en este sentido, para las titulaciones de Enfermería y otras disciplinas sanitarias.

Como se ha constatado, no existe una herramienta validada que nos pueda permitir objetivar cuales pueden ser los posibles factores desencadenantes de estrés en las prácticas clínicas en Fisioterapia y, por ende, poder analizar y conocer sobre esta materia de una forma más amplia y categórica lo publicado hasta el momento.

A modo de justificación final, se deduce la necesidad de conocer los posibles factores predictores de estrés en las prácticas clínicas en Fisioterapia, con el fin de, una vez identificados, poder elaborar una herramienta útil para medir el estrés en este aspecto tan importante del desarrollo curricular del Grado en Fisioterapia. Todo este conocimiento podría redundar en una implementación de las posibles actuaciones correctoras.

## Capítulo 8

### Objetivos

#### 8.1 - Objetivo General

Conocer los posibles factores predictores de estrés y su relación con las variables sociodemográficas/educativas, ante el Prácticum en estudiantes del Grado en Fisioterapia en las Universidades andaluzas en el curso académico 2016-2017.

#### 8.2 - Objetivos específicos

- 1º. Analizar las características sociodemográficas/educativas en los estudiantes de Fisioterapia participantes en la investigación.
- 2º. Identificar los posibles factores predictores de estrés en las prácticas clínicas en Fisioterapia.
- 3º. Correlacionar las variables sociodemográficas/educativas con los posibles factores predictores de estrés.



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

---

## Capítulo 9

# Metodología y diseño de la investigación

### 9.1 - Tipo de estudio

Este estudio responde a un diseño observacional transversal de naturaleza analítica o inferencial. Se trata de esta forma del estudio de un conjunto de variables en un momento temporal dado a través del cual se pretende establecer relaciones entre las mismas y así poder atribuir una causalidad adecuada. En este caso no se ha producido ninguna manipulación de las variables por parte del investigador. La fuente de información básica es la descripción obtenida por medio de un cuestionario.

### 9.2 – Población

De acuerdo con el objetivo general de la investigación, conocer los **"Factores predictores de Estrés en relación a las prácticas clínicas del Grado en Fisioterapia"**, la población objeto de estudio viene determinada por todos aquellos estudiantes universitarios matriculados en el curso 2016-2017 en cualquiera de los cursos del

Grado en Fisioterapia donde se impartan las asignaturas de prácticas clínicas, en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

La distribución normal de las prácticas clínicas está comprendida entre 3º y 4º curso del Grado en Fisioterapia, donde los estudiantes de 3º todavía no han tenido contacto real con pacientes y los de 4º, en el curso académico anterior realizaron sus primeras rotaciones (según centros). La única excepción es la universidad de Granada, donde las prácticas clínicas las realizan en el último año del Grado.

La población de estudio está formada por los estudiantes matriculados en las Facultades de Málaga, Granada, Almería, Jaén, Cádiz, Sevilla y el Centro de Estudios Universitarios Francisco Maldonado de Osuna (adscrito a la Universidad de Sevilla). Es de comentar que existe un nuevo centro donde se imparte el Grado en Fisioterapia, en la Ciudad Autónoma de Melilla, adscrita a la Universidad de Granada, pero en el curso académico 2016-2017 han iniciado su andadura y en el momento actual solo se imparte docencia en primer curso del Grado. Algo similar ocurre con el Grado en Fisioterapia en la Universidad de Córdoba que se encuentra en este mismo año académico en su segundo curso.

### **9.3 - Selección de la muestra**

Al ser la población de estudio conocida en su totalidad, lo que se conoce como “población incidental”, y de tamaño pequeño, se opta



por no utilizar ninguna técnica de muestreo, sino que, por el contrario, se intentará abarcar la totalidad de la misma.

De esta forma, la muestra objeto de estudio está formada por todos aquellos estudiantes matriculados en 3º o 4º del Grado en Fisioterapia de la Comunidad Autónoma de Andalucía que cumplan con los criterios de inclusión del presente estudio.

## 9.4- Descripción de la muestra

La población total de estudio en Andalucía ( $P = 802$ ), pero al no haber participado la Universidad de Granada, se ha visto reducida ( $P = 751$ ), que ha constituido la población real de estudio. Esta población ha estado compuesta por estudiantes universitarios de tercero y cuarto curso del Grado en Fisioterapia de la Comunidad Autónoma de Andalucía (Gráfico 1). Se ha partido de una muestra incidental de 390 sujetos voluntarios de ambos sexos, que han respondido al mismo. Una vez revisados los criterios de exclusión para cada uno de los participantes, fueron descartados un total de 17 cuestionarios, 9 por superar el 50% de respuestas NS/NC y 8 incompletos. El número de estudiantes con respuestas validadas ascendió un total de 373 (Gráfico 2), 227 mujeres y 146 hombres, que corresponde al 49,66% del total de la población.

Gráfico 1. Población (P) y muestra (n) de estudio por provincias

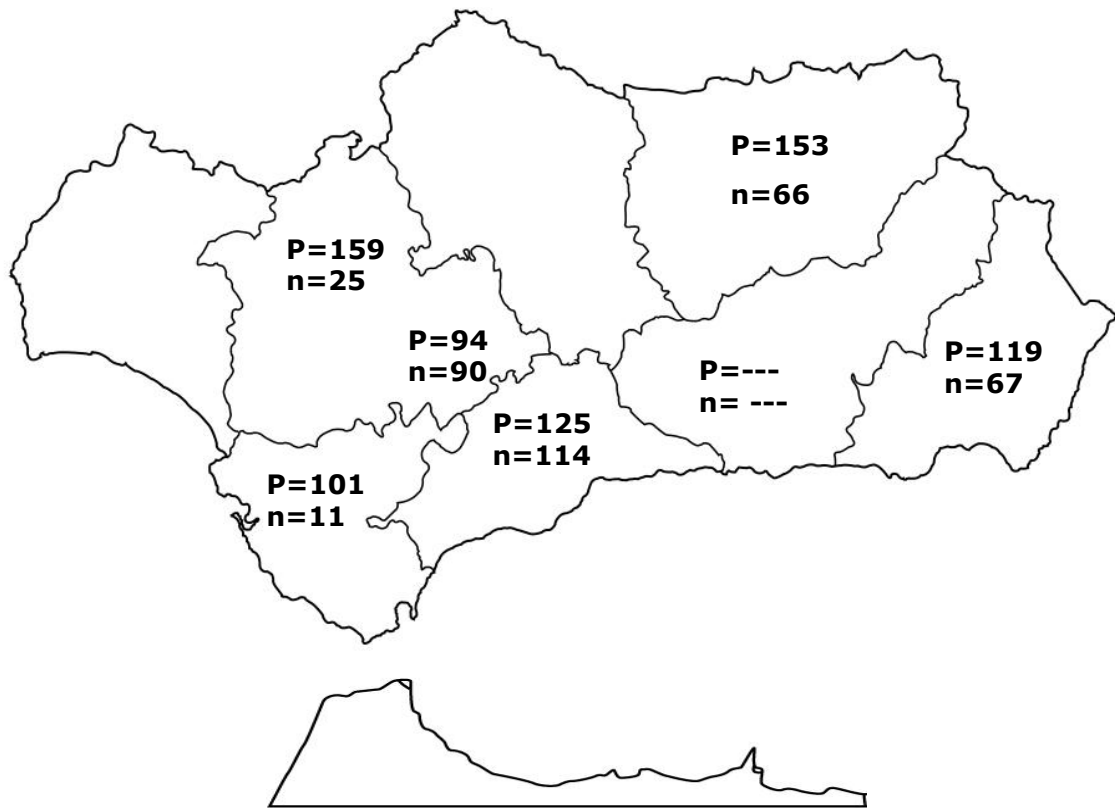
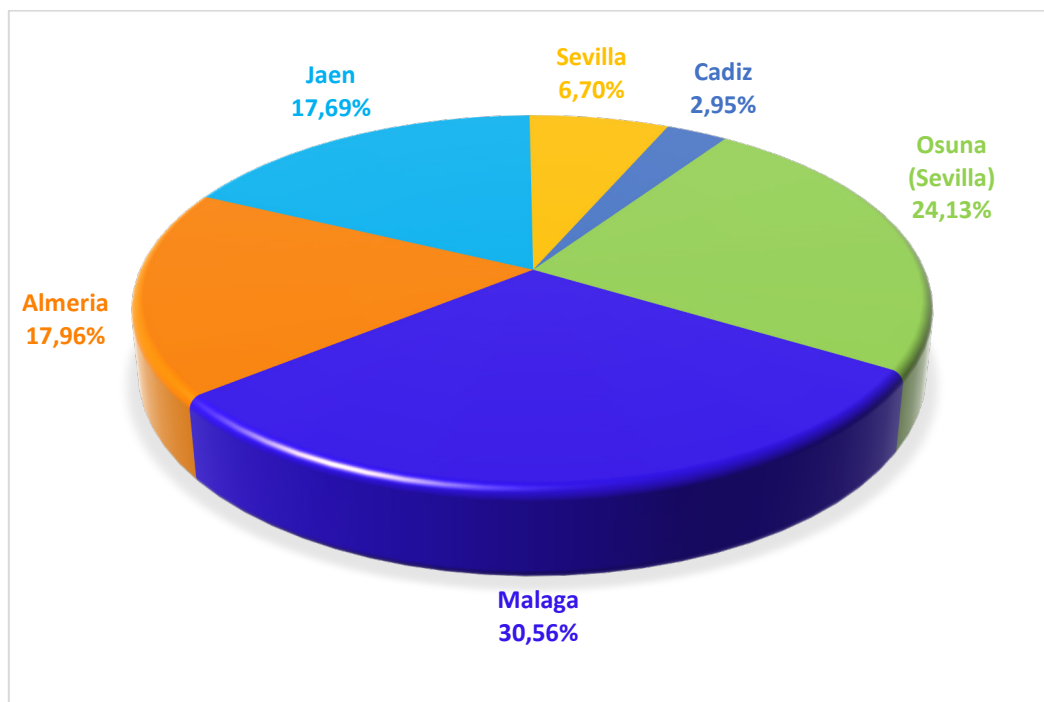


Gráfico 2. Muestra: Porcentajes muestras por universidades



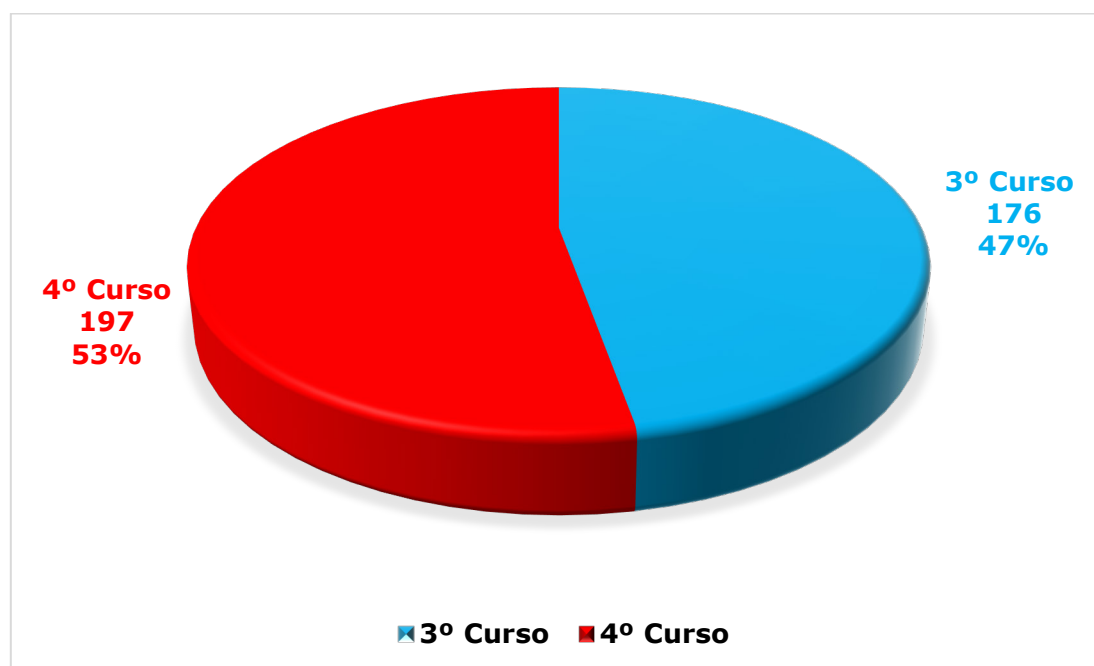
Distribuidos por cursos, la muestra está compuesta según aparece en la Tabla 1. Señalamos que la Universidad de Granada no se encuentra representada, ya que no se han recibido cuestionarios.

*Tabla 1. Distribución por cursos y universidades participantes.*

	Curso Actual		
	3º Grado	4º Grado	Total
Almería	33	34	67
Cádiz	0	11	11
Jaén	20	46	66
Málaga	58	56	114
Osuna (Sevilla)	56	34	90
Sevilla	9	16	25
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>197</b>	<b>373</b>

Como se puede observar en el Gráfico 3, las mayores tasas de respuesta se corresponden con el 4º curso de grado.

*Gráfico 3. Distribución por curso*



## 9.5 - Criterios de inclusión y exclusión

### ➤ 9.5.1 - Inclusión

- Estar matriculado/a en 3º o 4º curso del Grado en Fisioterapia.
- Estar matriculado en la asignatura o asignaturas correspondientes al curso académico de Prácticas Clínicas.
- Aceptar formar parte del presente estudio de forma libre y voluntaria.

### ➤ 9.5.2- Exclusión

- No completar el cuestionario.
- Superar el 50% de respuestas contestadas como NS/NC
- Cualquier situación que no se ajuste a lo recogido en los criterios de inclusión.

## 9.6 - Descripción de las variables de investigación

### ➤ 9.6.1 - Variables descriptivas sociodemográficas:

- Edad: cuantitativa continua, agrupadas en cuatro segmentos etarios (18-21 años; 22-25 años; 26-44 años y 45 o más).
- Género: cualitativa nominal dicotómica (Femenino/Masculino).

- Residencia fuera del curso: cualitativa nominal.
- Residencia durante el curso: cualitativa nominal.
- Vida laboral actual: cualitativa nominal dicotómica (Compagina estudios y trabajo o sólo Estudios).
- Tipo de jornada laboral en caso de compaginar: cualitativa nominal (Tiempo Parcial/Tiempo Completo/No Procede).
- Otras obligaciones: cualitativa nominal (Familiar a cargo/Hijos/Deportista de Competición/Ninguna).

➤ 9.6.2 - Variables descriptivas socioeducativas:

- Universidad de estudio: cualitativa nominal (Málaga/Granada/Almería/Jaén/Cádiz/Sevilla/Osuna [Sevilla]).
- Vía de ingreso a los estudios: cualitativa nominal (Selectividad/ Formación Profesional/Acceso Mayores de 25 años/Acceso Mayores de 40 años/Discapacitados/Extranjeros/Otra Titulación).
- Año de Comienzo de los estudios de Fisioterapia: cuantitativa nominal.
- Curso Actual: cualitativa ordinal dicotómica (3º Grado /4º Grado).
- Posee Otra Titulación Universitaria: cualitativa nominal dicotómica (Sí/No). ¿Cual? Cualitativa nominal.
- Simultanea Otros Estudios: cualitativa nominal dicotómica (Sí/No). ¿Cual? Cualitativa nominal.

➤ 9.6.3 - Variables de resultado:

- Factores Predictores de Estrés: cualitativa categórica, agrupados en ocho dimensiones con un total de 50 ítems (detalladas en apartado 9.8).

## 9.7 - Descripción del instrumento de medida

El cuestionario está dividido en dos secciones:

- a) La primera (12 ítems) hace referencia a datos sociodemográficos y socioeducativos.
- b) La segunda (50 ítems) con posibles factores predictores de estrés durante las prácticas clínicas, clasificados en ocho dimensiones, que intentan analizar todas las circunstancias que pudieran desencadenar situaciones estresantes a los estudiantes, con el fin de conocer cuáles son las de mayor incidencia.

Cada ítem se puntuará mediante una escala tipo Likert desde 0 a 3, en la que el 0 indicará la ausencia total, 1 algo, 2 bastante, 3 un alto grado y NS/NC no sabe no contesta.

El proceso de elaboración del cuestionario constó de tres fases:

- 1ª. Se presentó a un grupo de egresados de Fisioterapia de la promoción 2015-2016 de la Universidad de Málaga, el cuestionario original Kezkak<sup>4</sup> de Enfermería, para que

analizaran que ítems mantendrían o incluirían como nuevas propuestas, sugerencias de modificación o eliminación de los ítems existentes en el citado cuestionario.

- 2ª. Se sometió el citado cuestionario a un grupo de expertos, tanto profesores del Área de conocimiento de Fisioterapia como fisioterapeutas asistenciales, para su informe.
- 3ª. El cuestionario adaptado y revisado se envió a un grupo de estudiantes ( $n=15$ ), a modo de pilotaje para valorar el grado de comprensión de los ítems, coherencia en las respuestas, y una primera aproximación al nivel de consistencia interna del cuestionario, con la premisa de, ¿Hasta qué punto entiende que las siguientes cuestiones pueden ser una situación estresante, previo a la realización de las prácticas clínicas? Se obtuvo un primer análisis de alfa de Cronbach de 0,889.

El modo de reclutamiento de la población para la muestra fue: mediante invitación a participar a todos los estudiantes, que recibieron un correo electrónico con una clave generada automáticamente por la plataforma LimeSurvey de la UMA, para que solo pudieran acceder al cuestionario mediante la aceptación del citado correo de invitación. Pasados unos días, si no se cancelaba o completaba el cuestionario, el sistema genera un nuevo correo recordatorio de que había sido invitado a participar. Si en algún momento rechazaba participar, el sistema dejaba de enviar recordatorios y lo daba de baja.

Una vez completada las tres fases anteriores, se invitó a los estudiantes de 3º y 4º de Grado en Fisioterapia que estuvieran matriculados en las asignaturas de prácticas externas o clínicas (Prácticum), a participar en el citado cuestionario, con la misma premisa del pilotaje de la fase 3. Estuvo prevista la recogida de datos hasta noviembre de 2016, sometiéndose a análisis posterior.

## 9.8 - Dimensiones que se analizan

### ➤ 9.8.1 - Dimensión I: Hacer frente a situaciones complejas o urgentes:

Esta dimensión consta de 4 ítems, y en ella se analizan posibles situaciones que pueden hacer pensar al alumno su falta de competencia y de conocimientos. Estas dudas podrán venir propiciadas por su falta de experiencia y deberían ir desapareciendo conforme van adquiriendo destreza.

1	Tener que entenderme con un paciente con problemas de comunicación (afectación u otro idioma)
2	Tener que tratar a un paciente demenciado
3	Llevar a cabo la intervención fisioterapéutica con la familia presente
4	Que se pueda presentar una situación de urgencia



➤ 9.8.2 - Dimensión II: Perjudicar al paciente:

Consta de 4 ítems, y en ellos se pone en situación el sufrimiento o daño que se puede ocasionársele al paciente, lo que podría ser achacable a su inexperiencia y falta de pericia.

5	Hacer mal mi trabajo y perjudicar al paciente
6	Alterar psicológicamente al paciente
7	Confundirme al elegir y/o aplicar un tratamiento inapropiado
8	Tener que realizar procedimientos que puedan resultar dolorosos al paciente

➤ 9.8.3 - Dimensión III. Impotencia, incertidumbre o contradicciones:

Consta de 9 ítems, y en ellos se describen situaciones en las cuales el alumno no podría encontrar respuestas a las situaciones que acontecen, bien por desconocimiento o falta de experiencia, bien por diferencias de criterios que le hacen dudar, e incluso por elementos externos que no le permitirían desarrollar su labor como él piensa que debería ser correcto.

9	Tener que tratar a un paciente no habiendo podido acceder a la información clínica.
10	Encontrarme en alguna situación sin saber qué hacer
11	No saber cómo responder a las preguntas o expectativas de los pacientes y/o sus familiares
12	Mostrar incertidumbre o no saber cómo abordar en primera instancia y/o progresar en un tratamiento
13	Incertidumbre o duda ante la petición de determinadas terapias específicas por parte del paciente o cuidador
14	Sentir que no puedo ayudar al paciente
15	No poder dedicarle a cada paciente el tiempo que considero necesario
16	Recibir órdenes contradictorias
17	Las posibles diferencias entre lo que aprendemos en clase y lo que vemos en las prácticas

➤ 9.8.4 - Dimensión IV: Enfrentarse a situaciones de sufrimiento del paciente:

Se plantean 5 situaciones que están relacionadas con circunstancias y procesos que el alumno puede encontrar al acudir a los centros en su periodo de prácticas. Al no ser situaciones cotidianas ni usuales para las que todavía no están acostumbrados, podrían desencadenar mecanismos de rechazo o de huida.

18	Tener que hablar con el paciente de su sufrimiento
19	Ver y/o tratar a un paciente en estado vegetativo/coma
20	Tratar a un paciente en cuidados intensivo y/o ayudas externas (ventilación mecánica, sueroterapia, colostomía, etc.)
21	Tener que tratar a un paciente con heridas, amputaciones, deformaciones, quemaduras, material externo de osteosíntesis, etc.
22	Tener que tratar a niños gravemente afectados

➤ 9.8.5 - Dimensión V. Hacer frente a relaciones difíciles/incomodas, y/o resultar perjudicado por el paciente o familiar/cuidador:

Consta de 8 ítems, que describen posibles situaciones de difícil afrontamiento, posibles circunstancias que puedan dañar tanto física como emocionalmente al alumno o que podrían incluso herir su dignidad como estudiante en prácticas.

23	Que el paciente/cuidador me infravalore, trate mal o menosprecie, por ser alumno en prácticas
24	Tener que afrontar posibles quejas del paciente o familiares
25	Recibir una agresión verbal o física por parte del paciente o familiar/cuidador
26	Recibir la denuncia de un paciente o familiares
27	Tener que trabajar con pacientes agresivos
28	El mal estado de higiene del paciente
29	Contagiarme a través del paciente
30	Desconocer protocolos de higiene en Hospitales/Centros Sanitarios, especialmente con pacientes portadores de enfermedades infecciosas.

➤ 9.8.6 - Dimensión VI. Relación con tutores clínicos y/o profesionales de la salud:

Consta de 5 ítems, los cuales proponen situaciones de interrelación profesional en las que el alumno olvide que en el equipo de intervención multidisciplinar es un profesional en formación, sintiendo que su tutela podría no ser la que correspondería o que sus

sugerencias terapéuticas tal vez fueran menospreciadas por algún/os miembro/s del equipo.

31	Problemas en la relación con el tutor en el centro de prácticas
32	No estar supervisado por el responsable/tutor durante la intervención
33	Que no se tengan en cuenta las propuestas de tratamiento del alumno
34	Tener que evaluar al tutor y/o centro
35	La falta de relación/integración con los compañeros estudiantes de Fisioterapia o del equipo multidisciplinar

➤ 9.8.7 - Dimensión VII. Establecer vínculos estrechos por parte del paciente. Implicación emocional:

Consta de 6 ítems, y se plantean posibles hipótesis sobre la posibilidad de que alumno deje de ser centro de interés desde el punto de vista profesional o humano, para poder pasar a ser objeto de otros tipos de deseos por parte del paciente que decline en una búsqueda de relaciones afectivas más íntimas, incómodas e inadecuadas. Así mismo se plantea la posibilidad de un exceso del grado de empatía alcanzado en la relación fisioterapeuta-paciente cuando el alumno no ha adquirido todavía los necesarios recursos para afrontar el sufrimiento ni las habilidades necesarias para evitar que le afecten en demasía las situaciones en las que se encuentren o puedan llegar a encontrarse estos pacientes.

36	Que el paciente pueda tocar "ciertas partes" de mi cuerpo
37	Que un paciente se me insinúe
38	Que me afecten las emociones del paciente
39	Ver al paciente que no mejora o incluso, va empeorando a pesar del tratamiento
40	La noticia del fallecimiento de un paciente sometido a tratamiento de Fisioterapia
41	Implicarme demasiado con el paciente

➤ 9.8.8 - Dimensión VIII. Sobrecarga física, psíquica, emocional o económica:

Se describen 9 ítems, que ponen de manifiesto situaciones que implican sobreesfuerzo físico, psíquico o intelectual, que podrían ser provocadas por un importante cúmulo de trabajo o de tareas, falta de material o material inadecuado, centro asignado e incluso por dificultades económicas personales.

42	La sobrecarga de trabajo
43	Tener que realizar otras funciones que no son propias de Fisioterapia
44	Que el paciente o la familia no sigan las recomendaciones propuestas (falta de adherencia al tratamiento)
45	No contar con los recursos necesarios para un tratamiento adecuado
46	Tener que realizar prácticas en un centro en el que inicialmente no empatice con el tipo de pacientes del mismo
47	Tener que realizar prácticas en centros específicos (piscina, centro deportivo, etc.), donde la indumentaria pueda hacerme sentir incomodo/a
48	La asistencia a algún centro no bien valorado por los comentarios de los estudiantes.
49	Tener que realizar las prácticas en solitario como único alumno
50	La asistencia al centro de prácticas me ocasione dificultad en el desplazamiento, horarios y/o importantes gastos económicos imprevistos.

## **9.9 - Consideraciones Éticas**

Los derechos humanos y la aplicación de los principios éticos y bioéticos, fueron resguardados en todo el proceso de la investigación.

Protección de personas y animales. El autor declara que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales. Los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. El autor declara que en este trabajo no aparecen datos de participantes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. El autor declara que este trabajo ha sido totalmente anónimo y en ningún momento se ha conocido la identidad de los participantes:

1. Una vez recibido el correo de invitación se podía optar por declinar la participación o aceptarla y enlazar con el cuestionario.
2. Aceptación (consentimiento informado) por parte de los estudiantes participantes del estudio como condición previa

a continuar completando el cuestionario o bien abandonar el cuestionario.

3. Los datos que se han obtenido son anónimos, y se incluyen en una base de datos que no permite vincular las respuestas con los participantes, asegurando de esta manera la confidencialidad de la información recibida.
4. Los datos obtenidos en la recolección de la información solo fueron utilizados por el investigador.

Tal y como es preceptivo, se solicitó y obtuvo la autorización del Comité Ético de Experimentación de la Universidad de Málaga (CEUMA, designado como "Órgano Habilitado para la evaluación de proyectos y otras actividades en materia de experimentación" por el órgano competente en estas materias de la Comunidad Autónoma de Andalucía, según lo dispuesto en los artículos 39 y 43 del RD 53/2013) y el específico con la autorización de la Comisión de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UMA. Anexo I.

## 9.10 - Análisis Estadístico de los datos

Se efectuará un análisis de fiabilidad, entendida como consistencia interna y un análisis factorial exploratorio y para verificar la validez de los instrumentos de medida en nuestra muestra. Para el análisis de los datos, se usará el programa estadístico SPSS v. 24.0.

En primer lugar, es necesario estimar la fiabilidad del cuestionario como instrumento de medida a través de un conjunto de ítems que lo compone (50 en este caso, dividido en ocho dimensiones), para conocer si se espera que midan el mismo constructo o dimensión teórica planteada, en este estudio, los factores predictores de estrés en las prácticas clínicas en Fisioterapia.

La validez de un instrumento se refiere al grado en que el instrumento mide aquello que pretende medir. Y la fiabilidad de la consistencia interna del instrumento se puede estimar con el alfa de Cronbach<sup>171</sup>.

La medida de la fiabilidad mediante el alfa de Cronbach asume que los ítems (medidos en escala tipo Likert) miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados (Welch & Comer, 1988)<sup>172</sup>. Cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1, mayor es la consistencia interna de los ítems analizados. La fiabilidad de la escala debe obtenerse siempre con los datos de cada muestra para garantizar la medida fiable del constructo en la muestra concreta de investigación.

Se realiza un análisis de fiabilidad mediante alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach de todos los ítems del cuestionario, con correlación total de elementos corregida y escala de valor de  $\alpha$  si se elimina el ítem.



Como criterio general, George y Mallery (2003)<sup>173</sup> sugieren las recomendaciones siguientes para evaluar los coeficientes de alfa de Cronbach:

- Coeficiente alfa  $>0,9$  es excelente
- Coeficiente alfa  $>0,8$  es bueno
- Coeficiente alfa  $>0,7$  es aceptable

El resultado obtenido es un  $\alpha$  de Cronbach de 0,955 (tabla 2), el cual nos indica una excelente consistencia interna del cuestionario elaborado. Esta medida asume que los ítems tienen un mismo constructo y que están altamente correlacionados.

*Tabla 2. Resultado  $\alpha$  de Cronbach*

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,955	50

Analizando la correlación total de los ítems corregida, se observa que todos los ítems son positivos y ninguno están por debajo del valor de 0,30, límite que indica muy baja correlación<sup>174-176</sup>. La casi totalidad de los ítems están por encima del 0,40 salvo el 3 y el 50, que están por encima del valor de 0,40, pero no llegan a ser inferiores a 0,30. Estos dos ítems serían susceptibles de ser eliminados en la confección del cuestionario definitivo, pero como se puede observar en la tabla 3, no afecta al valor de  $\alpha$  obtenido.

Tabla 3. Correlación total  $\alpha$  de Cronbach y escala de valor si se elimina el ítem.

Ítem	Correlación total de elementos corregida	$\alpha$ si se elimina el ítem
P24	,651	,954
P27	,649	,954
P35	,635	,954
P46	,629	,954
P25	,617	,954
P22	,609	,954
P16	,606	,954
P33	,596	,954
P37	,595	,954
P14	,589	,954
P42	,586	,954
P23	,585	,954
P20	,584	,954
P11	,582	,954
P31	,573	,954
P30	,572	,954
P26	,566	,954
P12	,562	,954
P36	,561	,954
P45	,559	,954
P6	,553	,954
P7	,552	,954
P39	,552	,954
P19	,551	,954
P44	,551	,954
P40	,550	,954
P32	,548	,954
P43	,537	,954
P17	,528	,954
P41	,527	,954
P47	,526	,954
P5	,524	,954
P38	,512	,954
P10	,509	,955
P4	,497	,955
P13	,496	,955

	<b>Continuación</b>	
<b>Ítem</b>	<b>Correlación total de elementos corregida</b>	<b><math>\alpha</math> si se elimina el ítem</b>
P28	,491	,955
P48	,489	,955
P34	,487	,955
P29	,486	,955
P1	,469	,955
P15	,466	,955
P8	,464	,955
P9	,464	,955
P49	,458	,955
P21	,457	,955
P2	,446	,955
P18	,422	,955
P3	,395	,955
P50	,370	,955

### 9.10.1 - Validez factorial del cuestionario de factores predictores de estrés

Este cuestionario contiene 50 ítems como hemos descrito previamente, que se agrupan en un total de ocho dimensiones que pretende medir las diferentes fuentes generadoras de estrés que se pueden presentar a lo largo de las prácticas clínicas.

No obstante, se considera oportuno contrastar la estructura factorial propuesta, empleando para ello los datos del presente estudio, con el objetivo de contribuir a depurar y refinar el instrumento, adaptándolo así a una población tan específica como los estudiantes de Fisioterapia.

Se ha calculado la fiabilidad de la escala y su validez de constructo (fiabilidad y validez de la escala definitiva). Esta última se demuestra mediante un análisis factorial de componentes principales, que nos proporcionará los componentes o dimensiones del constructo que medimos, en este caso los factores predictores de estrés en las prácticas clínicas en Fisioterapia.

Con el objetivo de contrastar el número de dimensiones que mide el cuestionario propuesto (ocho dimensiones), se han sometido los datos a un análisis factorial exploratorio, empleando como método de extracción el análisis de componentes principales y el método de normalización, la rotación factorial ortogonal "Varimax" con Kaiser.

Para comparar las magnitudes de los coeficientes de correlación observados con los coeficientes de correlación parcial, y que presentan un valor elevado ( $\approx 1$ )<sup>177-178</sup>, se ha realizado la prueba de adecuación de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), siendo el valor obtenido 0,942, lo que, sumado al nivel de significación de la prueba de esfericidad de Bartlett, que comprueba la hipótesis de que, la matriz de correlación es una matriz identidad, se ha obtenido un valor igual a 0,000 lo cual indica que resulta adecuado proceder a la factorización de las variables con los resultados que se pueden observar en la tabla 4.

Tabla 4. Prueba de Kaiser-Meyer-Olkin y esfericidad de Bartlett.

Prueba de KMO y Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,942
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	8953,532
	gl	1225
	Sig.	,000

En el análisis de la dimensionalidad del cuestionario, se obtienen 10 factores, cuyos autovalores (eigenvalue) son mayor que 1 (criterio de Kaiser) descritos en tabla 5 página 132. Este análisis factorial obtenido modifica el cuestionario previo que se ha pasado a los alumnos. Previamente era de 8 dimensiones y tras el análisis factorial ha pasado a estar dividido en 10 factores. El número de ítems (50) no ha variado respecto al cuestionario original. La relación del reagrupamiento de los 50 ítems de los nuevos factores, se muestra en el Anexo I tabla II. También se muestran comparativamente ambos cuestionarios.

Estos 10 factores obtenidos, explican el 62% de la varianza de respuesta de los sujetos que han contestado al cuestionario (n = 373). Como se puede observar en la tabla 5, el primer factor obtenido explica casi el 12% de la varianza total.

Tabla 5. Varianza total explicada.

Varianza total explicada			
Factor	Sumas de rotación de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado
1	5,806	11,612	11,612
2	4,091	8,181	19,793
3	3,690	7,381	27,174
4	3,472	6,944	34,118
5	3,245	6,489	40,607
6	2,723	5,446	46,053
7	2,414	4,828	50,881
8	2,205	4,409	55,291
9	1,681	3,362	58,652
10	1,636	3,272	61,925

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Tabla 6. Matriz de Componente rotado.

Matriz de componente rotado <sup>a</sup>										
	Componente									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
P25	0,765	0,136	0,166	0,129		0,242				
P26	0,73	0,155		0,183		0,347	-0,118	0,123		
P37	0,723	0,113			0,131		0,315	0,241		
P36	0,674	0,115			0,162		0,385	0,169	0,155	
P27	0,654	0,117	0,297	0,263	0,161	0,194			0,104	
P29	0,597		0,121	0,182		0,173	-0,132			0,404
P30	0,57	0,236		0,27				0,126	0,179	0,324
P23	0,563	0,336	0,198	0,176	0,197	0,231			-0,214	
P24	0,484	0,247	0,315	0,219	0,187	0,278	0,105		-0,137	
P15		0,661		0,164			0,244		0,125	0,104
P44	0,141	0,654	0,146		0,116	0,13	0,103	0,183		0,129
P45	0,147	0,633		0,221	0,171		0,119	0,216		
P33	0,345	0,527	0,149		0,372	0,14				
P16	0,325	0,517	0,161	0,234	0,139	0,146				0,246
P43	0,323	0,477			0,252	-0,105	0,204		0,169	0,288
P17		0,45	0,292	0,395	0,23		0,162			
P35	0,335	0,429	0,224		0,377	0,189		0,221	0,143	
P42	0,352	0,41			0,209		0,142	0,112	0,239	0,31
P20	0,192		0,789	0,131	0,147	0,104	0,102	0,119	0,103	
P19	0,234		0,729					0,233	0,113	
P21		0,112	0,689		0,112		0,24		0,106	0,115
P22	0,142	0,102	0,656	0,205	0,142			0,213	0,121	0,204
P10	0,251		0,117	0,739	0,154	0,225				
P9	0,17	0,319		0,63				0,148	0,217	0,164
P12	0,155	0,149	0,151	0,626	0,155	0,246	0,267			
P11	0,209	0,161	0,188	0,599	0,174	0,144	0,249			
P14	0,377	0,321		0,42		0,285		0,17	0,148	
P48		0,194	0,145	0,152	0,664				0,121	0,229
P49				0,227	0,624		0,141	0,157	0,277	0,164
P47	0,273		0,168		0,568		0,3	0,25	0,152	0,144
P32	0,186	0,285	0,107	0,296	0,556	0,131	0,156			
P46	0,301	0,363	0,193	0,104	0,47	0,192		0,165		
P34		0,254	0,326		0,441		0,375			
P31	0,428	0,346		0,181	0,436	0,286	-0,111			0,126
P5	0,312	0,122		0,23		0,744		0,122	0,128	0,126
P6	0,368	0,129				0,688	0,147		0,198	0,111
P7	0,234			0,364		0,616	0,241	0,143		
P8		0,151		0,18		0,259	0,616	0,246		
P13		0,139	0,113	0,407	0,202	0,248	0,511		-0,157	
P18		0,229	0,417			-0,183	0,509	0,101	0,153	
P3		0,121	0,311	0,123		0,11	0,502	-0,147	0,264	
P38	0,24		0,23		0,241		0,287	0,64		
P40	0,239	0,243	0,246	0,203		0,19	-0,157	0,617		
P41		0,212	0,211		0,152		0,248	0,586		0,222
P39	0,187	0,286	0,18	0,337	0,103	0,191		0,522		
P1		0,181	0,237		0,231	0,135	0,152		0,639	
P2	0,128	0,135	0,409		0,245	0,153			0,586	
P4	0,277		0,198	0,351		0,294	0,123		0,436	0,104
P50		0,187			0,268			0,168		0,627
P28	0,278	0,169	0,276		0,112	0,158				0,598

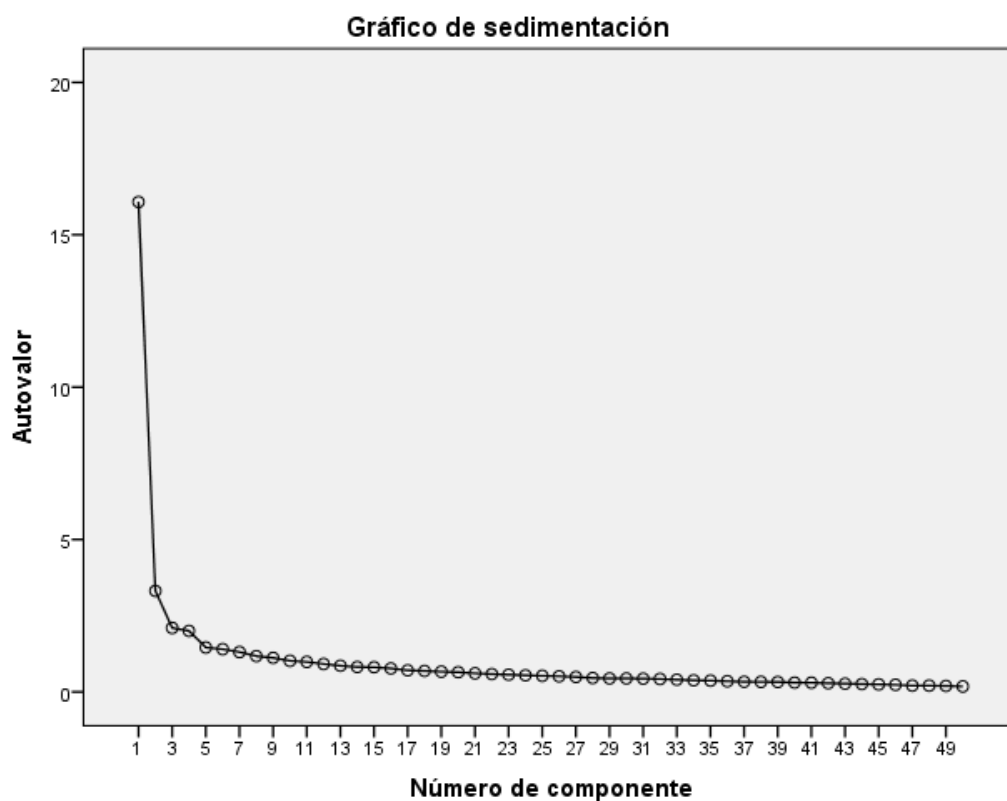
Método de extracción: análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 22 iteraciones.

En el gráfico de sedimentación, podemos observar los ítems propios asociados al análisis factorial en orden descendiente en función del número de factores obtenidos.

Gráfico 4. Gráfico de sedimentación.



### 9.10.2 -Factores obtenidos mediante análisis factorial.

De este modo, el primero de los factores que se ha obtenido mediante el análisis factorial, está constituido por nueve ítems, que hacen alusión a la posibilidad de resultar perjudicado en la relación con el paciente o los familiares.



➤ **Factor 1. Resultar perjudicado en la relación con el paciente o familiares.**

23	Que el paciente/cuidador me infravalore, trate mal o menosprecie, por ser alumno en prácticas
24	Tener que afrontar posibles quejas del paciente o familiares
25	Recibir una agresión verbal o física por parte del paciente o familiar/cuidador
26	Recibir la denuncia de un paciente o familiares
27	Tener que trabajar con pacientes agresivos
29	Contagiarme a través del paciente
30	Desconocer protocolos de higiene en Hospitales/Centros Sanitarios, especialmente con pacientes portadores de enfermedades infecciosas.
36	Que el paciente pueda tocar "ciertas partes" de mi cuerpo
37	Que un paciente se me insinúe

El segundo factor obtenido se compone de nueve ítems, que hacen mención posibles situaciones de incoherencias o contradicciones en el proceso del desarrollo de las estancias clínicas.

➤ **Factor 2. Incoherencia o contradicciones.**

15	No poder dedicarle a cada paciente el tiempo que considero necesario
16	Recibir órdenes contradictorias
17	Las posibles diferencias entre lo que aprendemos en clase y lo que vemos en las prácticas
33	Que no se tengan en cuenta las propuestas de tratamiento del alumno
35	La falta de relación/integración con los compañeros estudiantes de Fisioterapia o del equipo multidisciplinar
42	La sobrecarga de trabajo
43	Tener que realizar otras funciones que no son propias de Fisioterapia
44	Que el paciente o la familia no sigan las recomendaciones propuestas (falta de adherencia al tratamiento)
45	No contar con los recursos necesarios para un tratamiento adecuado

El tercer factor, se compone de cuatro ítems, que sugieren situaciones de contacto con pacientes gravemente afectados.

➤ Factor 3. Contacto con pacientes gravemente afectados.

19	Ver y/o tratar a un paciente en estado vegetativo/coma
20	Tratar a un paciente en cuidados intensivo y/o ayudas externas (ventilación mecánica, sueroterapia, colostomía, etc.)
21	Tener que tratar a un paciente con heridas, amputaciones, deformaciones, quemaduras, material externo de osteosíntesis, etc.
22	Tener que tratar a niños gravemente afectados

El cuarto factor, se compone de cinco ítems, que pueden inducir sentimientos de impotencia e incertidumbre en el proceso.

➤ Factor 4. Impotencia e Incertidumbre.

9	Tener que tratar a un paciente no habiendo podido acceder a la información clínica.
10	Encontrarme en alguna situación sin saber qué hacer
11	No saber cómo responder a las preguntas o expectativas de los pacientes y/o sus familiares
12	Mostrar incertidumbre o no saber cómo abordar en primera instancia y/o progresar en un tratamiento
14	Sentir que no puedo ayudar al paciente

El quinto factor, se compone de siete ítems, y está relacionado con la interacción con los tutores prácticos o con el centro.

➤ Factor 5. Relación con Tutores y Centros.

31	Problemas en la relación con el tutor en el centro de prácticas
32	No estar supervisado por el responsable/tutor durante la intervención
34	Tener que evaluar al tutor y/o centro
46	Tener que realizar prácticas en un centro en el que inicialmente no empatice con el tipo de pacientes del mismo
47	Tener que realizar prácticas en centros específicos (piscina, centro deportivo, etc.), donde la indumentaria pueda hacerme sentir incomodo/a
48	La asistencia a algún centro no bien valorado por los comentarios de los estudiantes.
49	Tener que realizar las prácticas en solitario como único alumno

El sexto factor, se compone de tres ítems, y hace alusión a poder perjudicar al paciente con nuestra intervención.

➤ Factor 6. Perjudicar al Paciente.

5	Hacer mal mi trabajo y perjudicar al paciente
6	Alterar psicológicamente al paciente
7	Confundirme al elegir y/o aplicar un tratamiento inapropiado

El séptimo factor, se compone de cuatro ítems, y hace mención a situaciones donde se pueda percibir una falta de competencia asistencial.

➤ Factor 7. Falta de Competencias.

3	Llevar a cabo la intervención fisioterapéutica con la familia presente
8	Tener que realizar procedimientos que puedan resultar dolorosos al paciente
13	Incertidumbre o duda ante la petición de determinadas terapias específicas por parte del paciente o cuidador
18	Tener que hablar con el paciente de su sufrimiento

El octavo factor, se compone de cuatro ítems, y en él se plantea la posibilidad de un exceso de implicación emocional por parte del estudiante hacia el paciente.

➤ Factor 8. Implicación Emocional.

38	Que me afecten las emociones del paciente
39	Ver al paciente que no mejora o incluso, va empeorando a pesar del tratamiento
40	La noticia del fallecimiento de un paciente sometido a tratamiento de Fisioterapia
41	Implicarme demasiado con el paciente

El noveno factor, se compone de 3 ítems, y se describen posibles situaciones complejas para el alumno.

➤ Factor 9. Situaciones Complejas.

1	Tener que entenderme con un paciente con problemas de comunicación (afectación u otro idioma)
2	Tener que tratar a un paciente demenciado
4	Que se pueda presentar una situación de urgencia

El décimo factor, se compone de 2 ítems, y está compuesto por otras situaciones que se puedan presentar en el desarrollo del periodo de prácticas.

➤ **Factor 10. Otras situaciones estresoras.**

28	El mal estado de higiene del paciente
50	La asistencia al centro de prácticas me ocasione dificultad en el desplazamiento, horarios y/o importantes gastos económicos imprevistos.

### 9.10.3 - Alfa de Cronbach de nuevos factores.

➤ **Factor 1: Resultar perjudicado en la relación con el paciente o familiares.**

**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,905	9

Ítems	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
P23	15,18	36,416	,656	,896
P24	15,37	37,912	,643	,897
P25	15,12	34,536	,787	,886
P26	14,86	34,893	,778	,887
P27	15,13	36,093	,751	,889
P29	15,09	37,436	,606	,900

P30	15,16	37,455	,629	,898
P36	15,67	36,321	,596	,901
P37	15,54	35,793	,680	,894

➤ Factor 2: Incoherencia o contradicciones.

**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,853	9

Ítems	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
P15	13,51	25,087	,524	,843
P16	13,51	23,746	,611	,834
P17	13,69	24,575	,492	,847
P33	13,95	24,232	,594	,836
P35	14,12	23,932	,591	,836
P42	13,85	24,240	,557	,840
P43	13,90	23,463	,581	,838
P44	13,83	24,326	,636	,833
P45	13,62	24,586	,601	,836

➤ Factor 3: Contactos con pacientes gravemente afectados.

**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,852	4

Ítems	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
P19	4,46	6,030	,702	,807
P20	4,37	5,887	,771	,778
P21	4,53	6,596	,612	,844
P22	4,07	6,059	,686	,814

➤ Factor 4: Impotencia e incertidumbre.

**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,811	5

Ítems	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
P9	7,90	7,264	,538	,792
P10	7,51	6,919	,685	,748
P11	7,77	7,105	,607	,771
P12	7,88	7,053	,633	,763
P14	7,67	7,138	,537	,794

## ➤ Factor 5: Relación con tutores y centros.

**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,809	7

Ítems	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
P31	7,26	16,850	,503	,792
P32	7,49	16,363	,571	,779
P34	8,17	17,339	,477	,796
P46	7,38	16,716	,565	,781
P47	8,18	16,334	,595	,775
P48	7,62	16,484	,594	,776
P49	8,12	16,723	,508	,791

## ➤ Factor 6: Perjudicar al paciente

**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,830	3



Ítems	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
P5	3,88	2,891	,750	,704
P6	4,31	2,648	,706	,752
P7	4,13	3,336	,622	,827

➤ Factor 7: Falta de competencia.

**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,659	4

Ítems	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
P3	4,15	3,768	,421	,606
P8	4,20	3,848	,463	,576
P13	4,03	4,070	,417	,607
P18	4,36	3,699	,460	,578

➤ Factor 8: Implicación emocional.

**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,770	4

Ítems	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
P38	5,70	4,488	,583	,709
P39	5,11	4,784	,542	,731
P40	5,17	4,113	,591	,705
P41	5,62	4,208	,577	,713

➤ Factor 9: Situaciones complejas.

**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,650	3

Ítems	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
P1	3,56	2,067	,512	,489
P2	3,48	2,010	,488	,514
P4	2,96	1,977	,391	,659

➤ Factor 10: Otras cuestiones.

**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,421	2

Ítems	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
P28	1,92	1,004	,271	.
P50	1,87	,709	,271	.

## 9.11 - Análisis de los datos.

Una vez comprobada la fiabilidad y validez del cuestionario empleado, se realizará un análisis exploratorio descriptivo de los resultados obtenidos en relación al proceso de factores predictores de estrés en las prácticas clínicas de los estudiantes de Fisioterapia. Se emplearán:

- Indicadores de tendencia central: media, mediana y moda.
- Indicadores de dispersión: varianza, desviación típica.

Con el objetivo de averiguar si las diferencias observadas en los componentes de respuesta, son estadísticamente significativas, se realizarán comparaciones de resultados entre variables de ítems mediante Chi cuadrado de Pearson y entre factores utilizando la prueba de Levene para igualdad de varianzas y T-Student para comparación de igualdad de variables.



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

## Capítulo 10

## Resultados

### 10.1– Sociodemográficos y socioeducativos.

A continuación, y complementariamente a lo descrito en el apartado 9.2 (páginas 109-10), se describen los principales resultados sociodemográficos/educativos que han sido significativamente estadísticos o de interés para el presente estudio.

#### 10.1.1 - Edad

Las edades se agruparon en 4 categorías. 18-21 años, 22-25 años, 26-44 años y 45 o más años. Las edades presentadas en las respuestas obtenidas están comprendidas entre los 18 y 44 años; no se han obtenido respuesta de ningún participante en el grupo de 45 o más años. El grupo etario más representativo ha sido el de 18-21 años con un 64,9% (n = 242).

*Tabla 7. Frecuencia Edad*

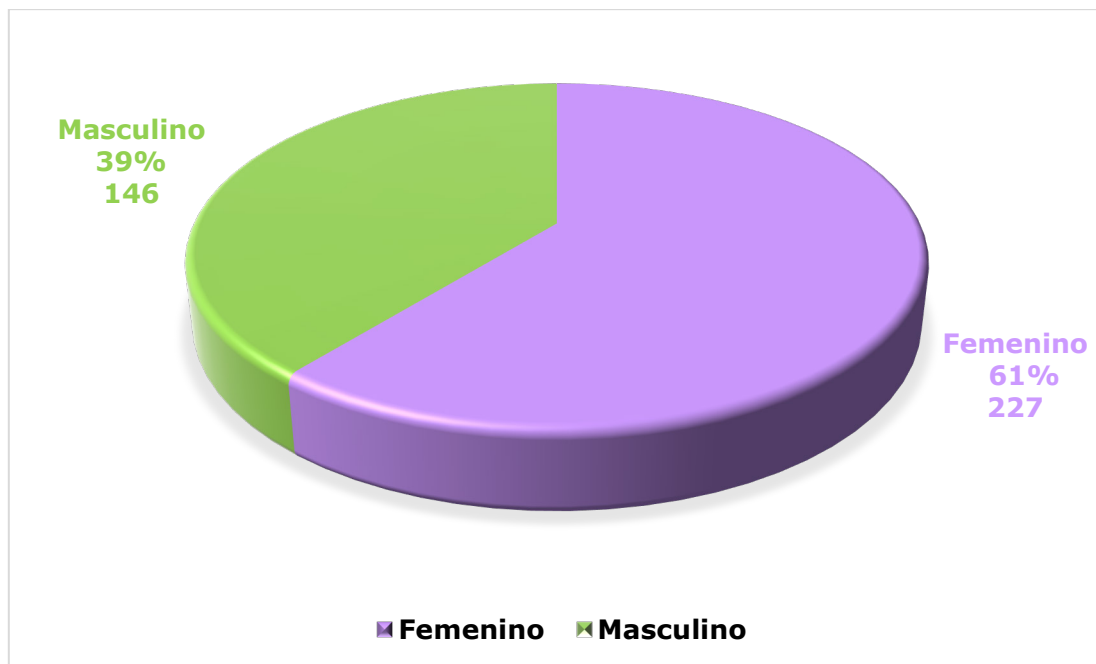
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
18-21 años	242	64,9	64,9	64,9
22-25 años	99	26,5	26,5	91,4
26-44 años	32	8,6	8,6	100,0
Total	373	100.0	100.0	

Con el fin de que los resultados de los estadísticos puedan ser más coherentemente interpretados, a partir de estos datos iniciales se ha optado por agrupar las edades en dos grupos: 18-21 años y mayores de 21 años.

### 10.1.2 - Género

La distribución de la muestra de estudio por categoría de género indica que el 60,9% (n = 227) son mujeres y el 39,1% (n =146) son hombres. Existe una clara diferencia femenina.

*Gráfico 5. Distribución de frecuencia y porcentaje variable Género*



El resto de variables descriptivas sociodemográficas contempladas en el presente estudio se han distribuido de la siguiente forma:

- El 56,3% (n = 210) de la muestra reside fuera del domicilio familiar.
- Sólo el 9,1% (n = 34) compagina estudios y trabajo, siendo un 7,8% (n = 29) a tiempo parcial y 1,3% (n = 5) a tiempo completo.
- El 4,8 % (n = 18) es deportista de competición.
- Un 1,9% (n = 7) refiere tener otras obligaciones (cuidar hijos, familiares a su cargo).

En cuanto a las restantes variables descriptivas socioeducativas salvo universidad de estudio y curso actual, ya detallados (9.4, Gráfico 1 y 2 y Tabla 1):

- El 79,9% de la muestra ingresó a través de selectividad, seguido de formación profesional con un 16,9%; el resto se distribuye según aparece en la Tabla 8.

*Tabla 8. Vía de Ingreso al Grado*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Selectividad	298	79,9	79,9	79,9
Form. Profesional	63	16,9	16,9	96,8
Mayor de 25 años	7	1,9	1,9	98,7
Extranjero	3	0,8	0,8	99,5
Otra Titulación	2	0,5	0,5	100,0
Total	373	100,0	100,0	

- Un 2,7% (n = 10), posee otra titulación universitaria (6 Ciencias del Deporte, 2 Enfermería, Biología y Nutrición) y un 5,4% (n = 20), simultanea el Grado en Fisioterapia con otros estudios (10 idiomas, 4 Ciclo Formativo Superior de Imagen para el Diagnóstico, 4 Cursos formación, 1 Nutrición y 1 Danza clásica).

## **10.2 - Factores predictores de estrés en las Prácticas Clínicas**

Una vez realizado el análisis factorial, la distribución de los ítems del cuestionario quedan distribuidos de la siguiente forma como se detalla a continuación. Se va a realizar un examen pormenorizado de las frecuencias de tendencia central y dispersión de todos los ítems, así como de Chi cuadrado de Pearson para las diferentes variables. En Anexo I, se incluye tabla IV con todos los resultados.

### **10.2.1 - Factor 1: Resultar perjudicado en la relación con el paciente o familiares.**

- Ítem 25 - Recibir una agresión verbal o física por parte del paciente o familiar/cuidador.

El porcentaje de respuesta más seleccionado por los estudiantes de la muestra ha sido en Alto Grado 43,01% (n = 157) "Recibir una



*agresión verbal o física por parte del paciente o familiar/cuidador”;* sumando este valor a Bastante, obtenemos que el 70,13% de la muestra les preocupa esta situación.

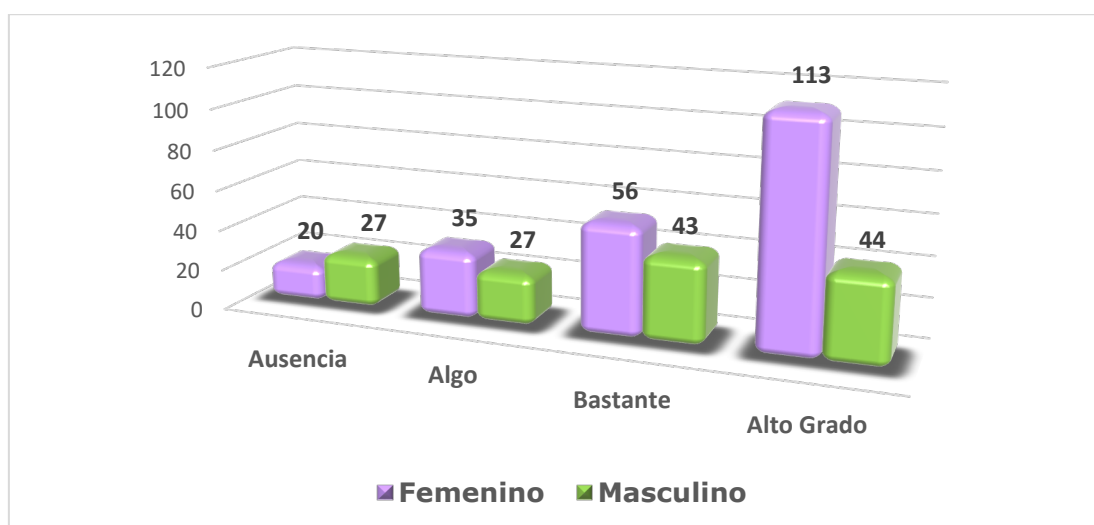
*Tabla 9. Frecuencias Ítem 25.*

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido
Ausencia	47	12,6	12,88
Algo	62	16,6	16,99
Bastante	99	26,5	27,12
Alto Grado	157	42,1	<b>43,01</b>
NS/NC	8	2,1	
Total	373	100	

Descriptivas	Resultado
Válidos	365
Perdidos	8
Media	2,00
Mediana	2,00
Moda	3
D. estándar	1,057
Varianza	1,118

En cuanto al género, es significativo ( $p = 0,001$ ), que las mujeres han respondido a la opción Bastante - Alto Grado (75,4%), mientras que los hombres han respondido mayoritariamente en un 61.7%. (Tabla IV en Anexo I).

*Gráfico 6. Ítem 25 vs Género*



➤ Ítem 26 - Recibir la denuncia de un paciente o familiares.

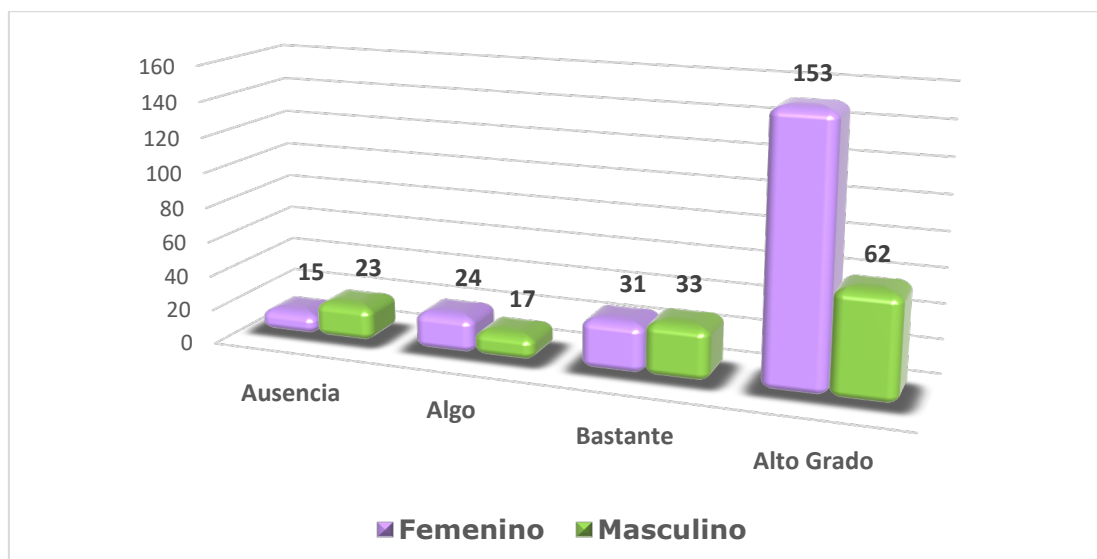
El porcentaje de respuesta más seleccionado por los estudiantes de la muestra ha sido en Bastante - Alto Grado 77,94% (n = 215) "Recibir la denuncia de un paciente o familiares".

Tabla 10. Frecuencias Ítem 26.

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido	Descriptivas	Resultado
Ausencia	38	10,2	10,61	Válidos	358
Algo	41	11,0	11,45	Perdidos	15
Bastante	64	17,2	17,88	Media	2,27
Alto Grado	215	57,6	<b>60,06</b>	Mediana	3,00
NS/NC	15	4,0		Moda	3
Total	373	100		D. estándar	1,033
				Varianza	1,068

En cuanto al género, es significativo ( $p = 0,000$ ), que las mujeres han respondido a la opción Bastante - Alto Grado (82,5%), mientras que los hombres han respondido mayoritariamente en un 70,3%. (Tabla IV en Anexo I).

Gráfico 7. Ítem 26 vs Género.



➤ Ítem 37 - Que un paciente se me insinúe.

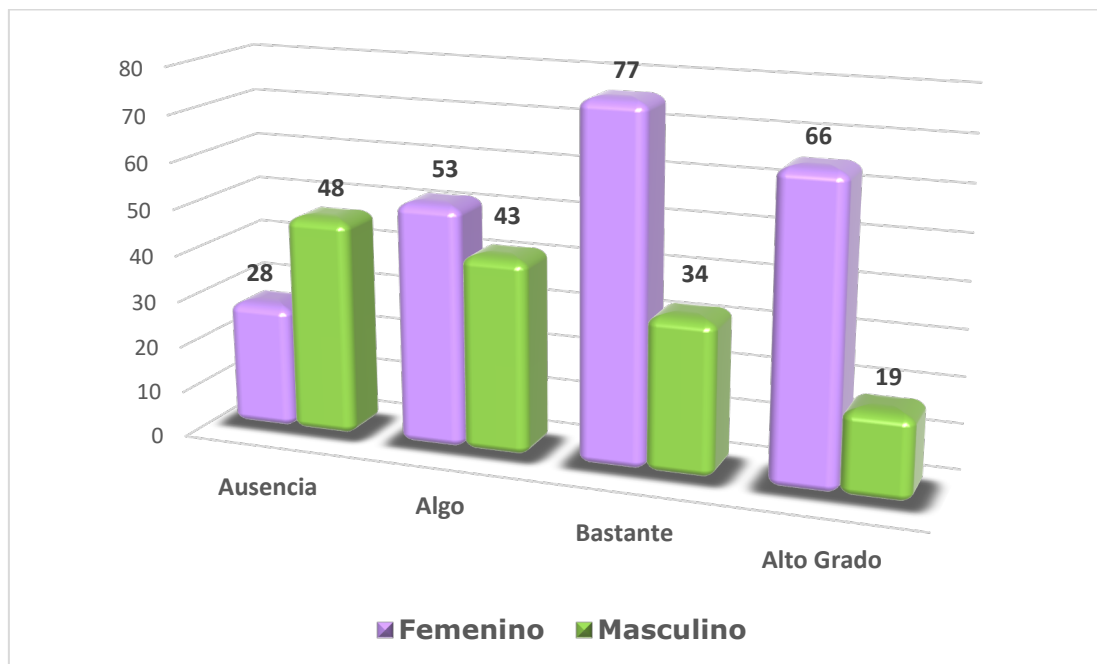
El porcentaje de respuesta más seleccionado por los estudiantes de la muestra ha sido que les preocupa Bastante, 30,16% (n = 111) "*Que un paciente se me insinúe*"; sumando este valor a Alto Grado, obtenemos el 53,26% de tasa de respuesta de la muestra.

Tabla 11 Frecuencias. Ítem 37.

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido	Descriptivas	Resultado
Ausencia	76	20,4	20,65	Válidos	368
Algo	96	25,7	26,09	Perdidos	5
Bastante	111	29,8	<b>30,16</b>	Media	1,56
Alto Grado	85	22,8	23,10	Mediana	2,00
NS/NC	5	1,3		Moda	2
Total	373	100		D. estándar	1,061
				Varianza	1,125

En cuanto al género, es significativo ( $p = 0,000$ ), que las mujeres han respondido a la opción Bastante (34,4%) y Alto Grado (29,5%), mientras que los hombres dichos resultados son (23,6%) y (13,2%) respectivamente. Por tanto, sumando los valores (Bastante - Alto Grado) obtenemos que las mujeres encuentran en un 73,9 % preocupante que un paciente se le insinúe, frente a un 36,8% de los hombres. (Tabla IV en Anexo I).

Gráfico 8. Ítem 37 vs Género



- Ítem 36 - Que el paciente pueda tocar "ciertas partes" de mi cuerpo.

El porcentaje de respuesta más seleccionado por los estudiantes de la muestra ha sido que les preocupa Algo, 26,43% (n = 97) "Que el paciente pueda tocar 'ciertas partes' de mi cuerpo"; sumando este valor a Ausencia, obtenemos el 52,32% de tasa de respuesta de la muestra.

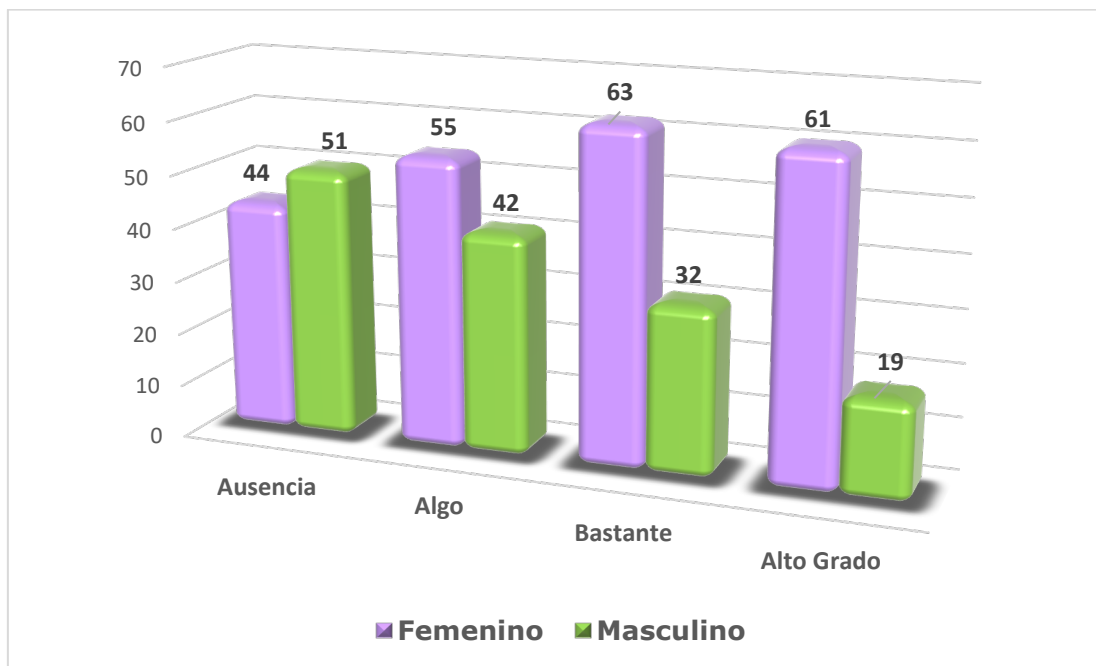
Tabla 12. Frecuencias Ítem 36.

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido
Ausencia	95	25,5	25,89
Algo	97	26,0	<b>26,43</b>
Bastante	95	25,5	25,89
Alto Grado	80	21,4	21,80
NS/NC	6	1,6	
Total	373	100	

Descriptivas	Resultado
Válidos	367
Perdidos	6
Media	1,44
Mediana	1,00
Moda	1
D. estándar	1,097
Varianza	1,203

En cuanto al género, es significativo ( $p = 0,000$ ), que las mujeres han respondido a la opción Bastante (28,3%) y Alto Grado (27,4%), mientras que los hombres dichos resultados son (22,2%) y (13,2%) respectivamente. (Tabla IV en Anexo I).

Gráfico 9. Ítem 36 vs Género.



➤ Ítem 27 - Tener que trabajar con pacientes agresivos.

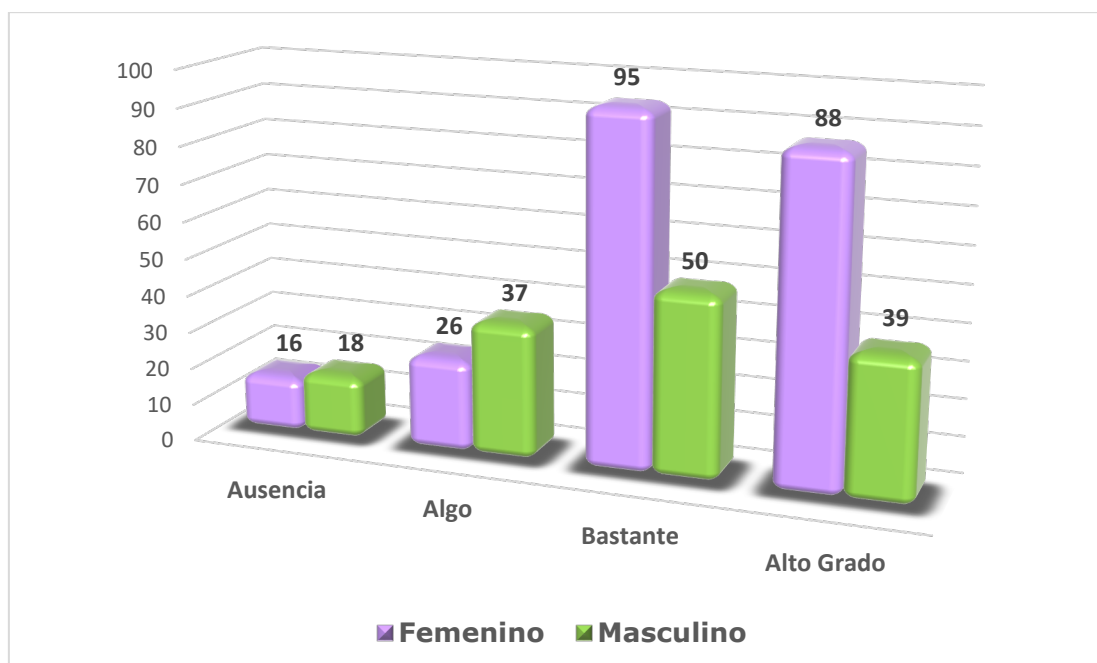
El porcentaje de respuesta más seleccionado por los estudiantes de la muestra ha sido que les preocupa Bastante 39,30% ( $n = 145$ ) "*Tener que trabajar con pacientes agresivos*"; sumando este valor a Alto Grado, obtenemos que el 73,72% de la muestra les preocupa esta situación.

Tabla 13. Frecuencias Ítem 27.

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido	Descriptivas	Resultado
Ausencia	34	9,1	9,21	Válidos	369
Algo	63	16,9	17,07	Perdidos	4
Bastante	145	38,9	<b>39,30</b>	Media	1,99
Alto Grado	127	34,0	34,42	Mediana	2,00
NS/NC	4	1,1		Moda	2
Total	373	100		D. estándar	0,941
				Varianza	0,886

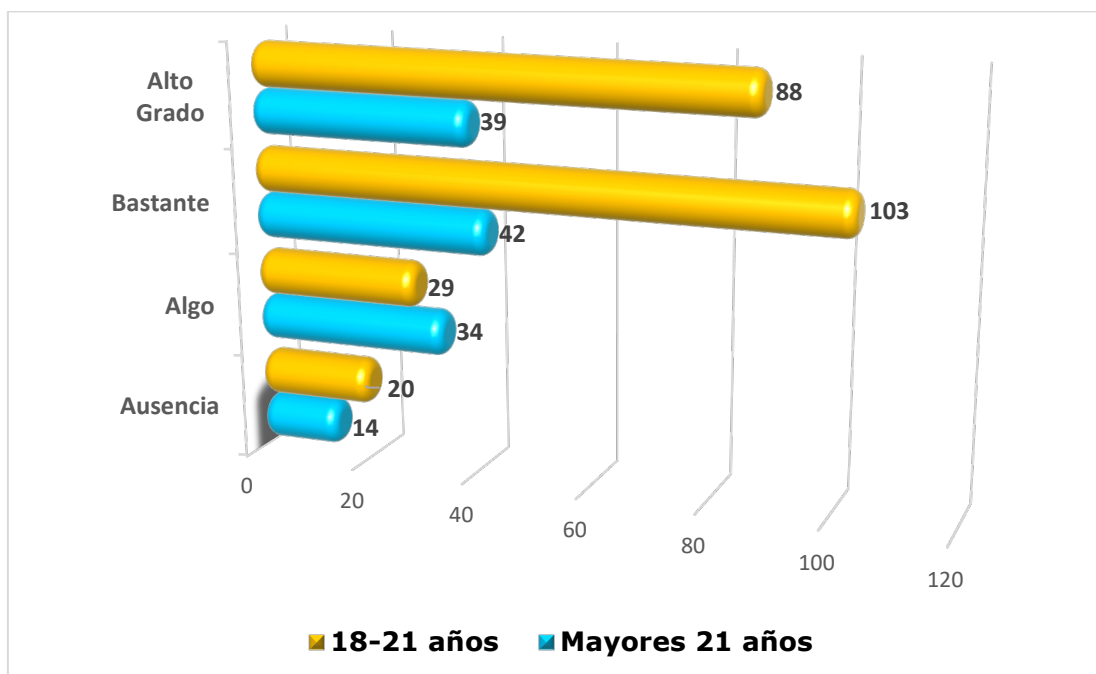
En cuanto al género, es significativo ( $p = 0,000$ ), que las mujeres han respondido a la opción Bastante (42,2%) y Alto Grado (39,1%), mientras que los hombres han respondido mayoritariamente en Bastante (34,7%) y Alto Grado (27,1%). Siendo el resultado final que las mujeres encuentran en un 81,3% y los hombres en un 61,8% preocupante tener que trabajar con pacientes agresivos. (Tabla IV en Anexo I).

Gráfico 10. Ítem 27 vs Género.



En cuanto al grupo etario, es significativo ( $p = 0,003$ ), que el grupo más joven (18-21 años) han respondido a la opción Bastante (42,9%) y Alto Grado (36,7%), mientras que los mayores de 21 años, han respondido mayoritariamente en Bastante (32,6%) y Alto Grado (30,2%). Siendo el resultado final que los más jóvenes encuentran en un 79,6% y los mayores en un 62,8% preocupante tener que trabajar con pacientes agresivos. (Tabla IV en Anexo I).

Gráfico 11. Ítem 27 vs Edad agrupada.



➤ Ítem 29 - Contagiarme a través del paciente.

El porcentaje de respuesta más seleccionado por los estudiantes de la muestra ha sido que les preocupa en Alto grado 38,96% ( $n = 143$ ) "Contagiarme a través del paciente"; sumando este valor a

Bastante, obtenemos que el 74,38% de la muestra les preocupa esta situación.

Tabla 14. Frecuencias Ítem 29.

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido	Descriptivas	Resultado
Ausencia	32	8,6	8,72	Válidos	367
Algo	62	16,6	16,89	Perdidos	6
Bastante	130	34,9	35,42	Media	2,05
Alto Grado	143	38,3	<b>38,96</b>	Mediana	2,00
NS/NC	6	1,6		Moda	3
Total	373	100		D. estándar	0,953
				Varianza	0,908

En cuanto al género, cabe destacar que las mujeres muestran en la opción Alto Grado (40,8%) y Bastante (35%) siendo la suma un 75,8% frente a los hombres que lo hicieron en un 36,1% en Alto Grado y Bastante respectivamente, lo que sumaría un 72,2%. (Tabla cruzada en Anexo I).

- Ítem 30 - Desconocer protocolos de higiene en Hospitales/Centros Sanitarios, especialmente con pacientes portadores de enfermedades infecciosas.

El porcentaje de respuesta más seleccionado por los estudiantes de la muestra ha sido que les preocupa Bastante 40,33% (n = 148) "*Desconocer protocolos de higiene en Hospitales/Centros Sanitarios, especialmente con pacientes portadores de enfermedades infecciosas*"; sumando este valor a Alto Grado, obtenemos que el 72,48% de la muestra les preocupa esta situación.



Tabla 15. Frecuencias Ítem 30.

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido	Descriptivas	Resultado
Ausencia	33	8,8	8,99	Válidos	367
Algo	68	18,2	18,53	Perdidos	6
Bastante	148	39,7	<b>40,33</b>	Media	1.96
Alto Grado	118	31,6	32,15	Mediana	2,00
NS/NC	6	1,6		Moda	2
Total	373	100		D. estándar	0,931
				Varianza	0,867

En cuanto al género, cabe destacar que las mujeres muestran en la opción Bastante (40,33%) y Alto Grado (32,15%) siendo la suma un 72,48%; sí que a las mujeres les preocupa más que a los hombres (Tabla IV en Anexo I).

➤ Ítem 23 - Que el paciente/cuidador me infravalore, trate mal o menosprecie, por ser alumno en prácticas.

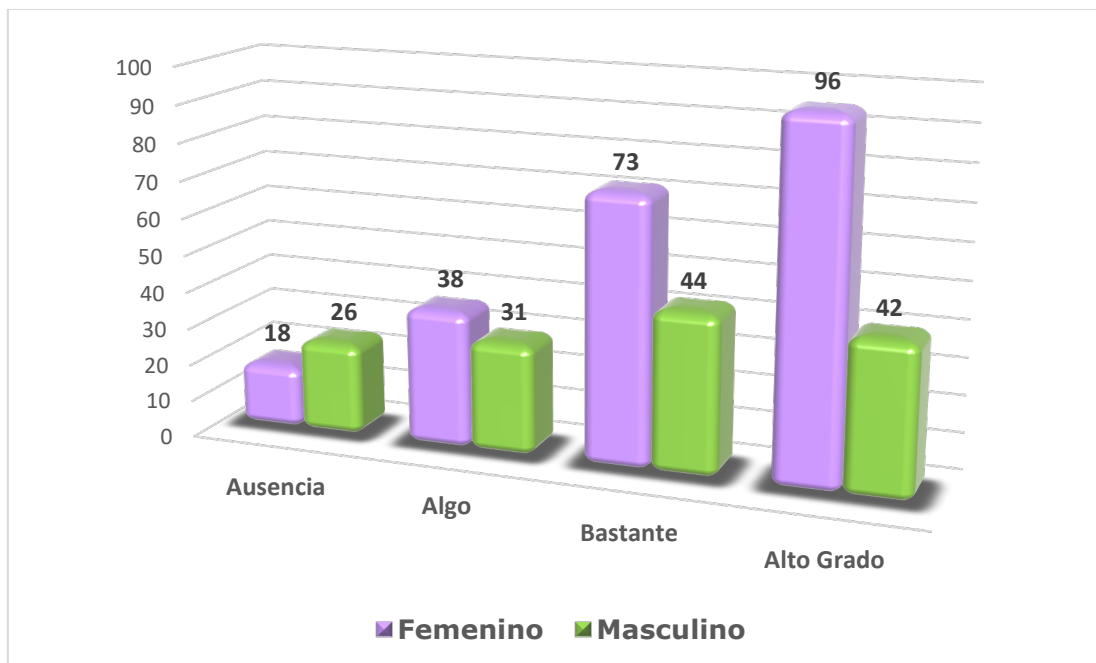
El porcentaje de respuesta más seleccionado por los estudiantes de la muestra ha sido que les preocupa en Alto Grado 37,50% (n = 138) "Que el paciente/cuidador me infravalore, trate mal o menosprecie, por ser alumno en prácticas"; sumando este valor a Alto Grado, obtenemos que el 69,29% de la muestra les preocupa esta situación.

Tabla 16. Frecuencias Ítem 23.

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido	Descriptivas	Resultado
Ausencia	44	11,8	11,96	Válidos	368
Algo	69	18,5	18,75	Perdidos	5
Bastante	117	31,4	31,79	Media	1,95
Alto Grado	138	37,0	<b>37,50</b>	Mediana	2,00
NS/NC	5	1,3		Moda	3
Total	373	100		D. estándar	1,020
				Varianza	1,041

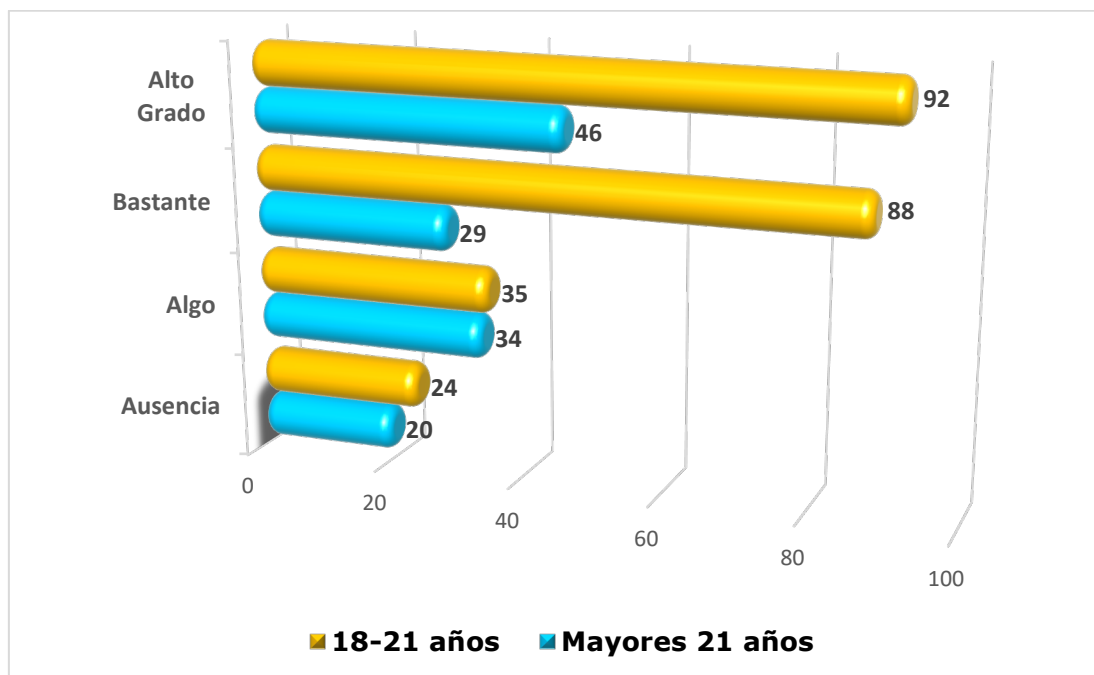
En cuanto al género, es significativo ( $p = 0,005$ ), que las mujeres han respondido en la opción Alto Grado (42,7%) y Bastante (32,4%) siendo la suma un 75,1%, frente a los hombres que lo hicieron en un 29,4% y 30,8% en Alto Grado y Bastante respectivamente (total 60,2%), lo que resultaría que a las mujeres les preocupa más que a los hombres, “Que el paciente/cuidador me infravalore, trate mal o menosprecie, por ser alumno en prácticas”.

Gráfico 12. Ítem 23 vs Género.



En cuanto al grupo etario, es significativo ( $p = 0,003$ ), que los menores de 21 años han respondido a la opción en Alto Grado (38,5%) y Bastante (36,8%), siendo el resultante de ambos valores un 75,3%, mientras que los mayores de 21 años han respondido a ambos valores con un 35,7% y 22,5% (total 58,2%). (Tabla IV en Anexo I).

Gráfico 13. Ítem 23 vs Edad agrupada.



➤ Ítem 24 - Tener que afrontar posibles quejas del paciente o familiares.

El porcentaje de respuesta más seleccionado por los estudiantes de la muestra ha sido que les preocupa Bastante 46,34% (n = 171) "Tener que afrontar posibles quejas del paciente o familiares"; sumando este valor a Alto Grado, obtenemos que el 65,85% de la muestra les preocupa esta situación.

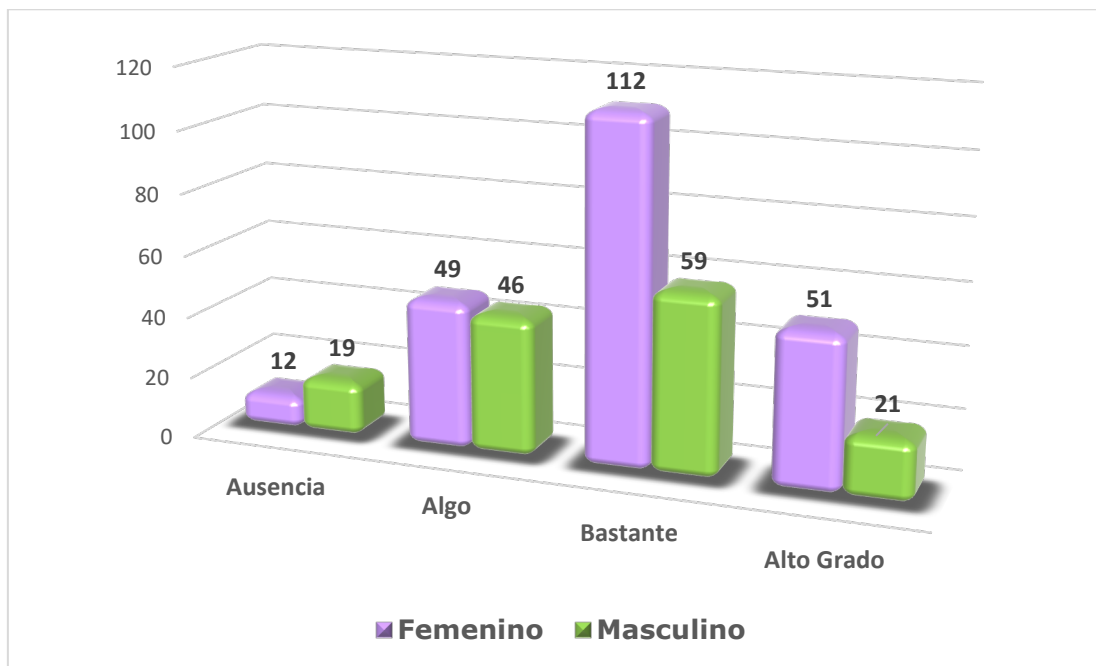
Tabla 17. Frecuencias Ítem 24.

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido
Ausencia	31	8,3	8,40
Algo	95	25,5	25,75
Bastante	171	45,8	<b>46,34</b>
Alto Grado	72	19,3	19,51
NS/NC	4	1,1	
Total	373	100	

Descriptivas	Resultado
Válidos	369
Perdidos	4
Media	1,77
Mediana	2,00
Moda	2
D. estándar	0,859
Varianza	0,738

En cuanto al género, es significativo ( $p = 0,002$ ), que las mujeres han respondido a la opción Bastante (50%) y Alto Grado (22,8%), mientras que los hombres han respondido en Bastante (40,7%) y Alto Grado (14,5%), resultando unos valores de 72,8% para mujeres y 55,2% para hombres. (Tabla IV en Anexo I).

Gráfico 14. Ítem 24 vs Género.



### 10.2.2 - Factor 2: Incoherencia o contradicciones.

- Ítem 15 - No poder dedicarle a cada paciente el tiempo que considero necesario.

El porcentaje de respuesta más seleccionado por los estudiantes de la muestra ha sido que les preocupa Bastante 43,67% ( $n = 162$ )

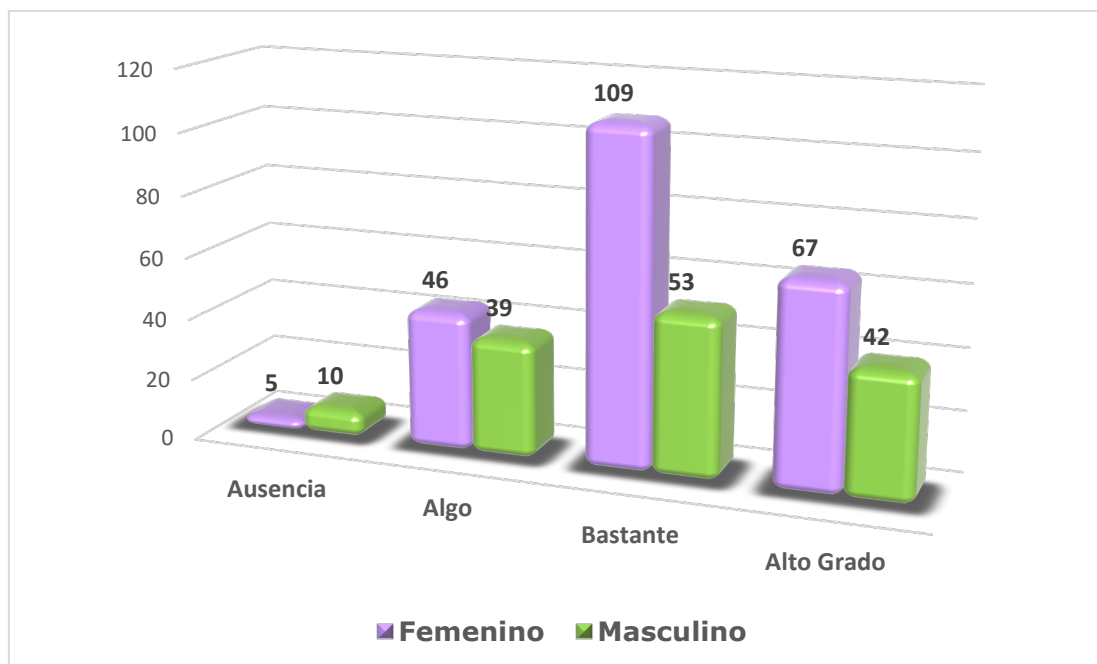
"No poder dedicarle a cada paciente el tiempo que considero necesario"; sumando este valor a Alto Grado, obtenemos que el 73,05% de la muestra les preocupa esta situación.

Tabla 18. Frecuencias Ítem 15.

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido	Descriptivas	Resultado
Ausencia	15	4	4,04	Válidos	371
Algo	85	22,8	22,91	Perdidos	2
Bastante	162	43,4	<b>43,67</b>	Media	1,98
Alto Grado	109	29,2	29,38	Mediana	2,00
NS/NC	2	0,5		Moda	2
Total	373	100,0		D. estándar	0,828
				Varianza	0,686

En cuanto al género, es significativo ( $p = 0,026$ ), que tanto las mujeres como los hombres han respondido a la opción Bastante - Alto Grado de forma mayoritaria, encontrando el género femenino preocupante este ítem (77,5%) en comparación con el masculino (66%). (Tabla IV en Anexo I).

Gráfico 15. Ítem 15 vs Género.



- Ítem 44 - Que el paciente o la familia no sigan las recomendaciones propuestas (falta de adherencia al tratamiento).

El porcentaje de respuesta más seleccionado por los estudiantes de la muestra ha sido que les preocupa Bastante, 41,73% (n = 154) "Que el paciente o la familia no sigan las recomendaciones propuestas (falta de adherencia al tratamiento)"; sumando este valor a Alto Grado, obtenemos el 57,45% de tasa de respuesta de la muestra.

Tabla 19. Frecuencias Ítem 44.

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido
Ausencia	24	6,4	6,50
Algo	133	35,7	36,04
Bastante	154	41,3	<b>41,73</b>
Alto Grado	58	15,5	15,72
NS/NC	4	1,1	
Total	373	100	

Descriptivas	Resultado
Válidos	369
Perdidos	4
Media	1,67
Mediana	2,00
Moda	2
D. estándar	0,818
Varianza	0,668

- Ítem 45 - No contar con los recursos necesarios para un tratamiento adecuado.

El porcentaje de respuesta más seleccionado por los estudiantes de la muestra ha sido que les preocupa Bastante 48,39% (n = 180) "No contar con los recursos necesarios para un tratamiento adecuado"; sumando este valor a Alto Grado, obtenemos el 70,43% de la muestra les preocupa esta situación.

Tabla 20. Frecuencias Ítem 45.

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido
Ausencia	22	5,9	5,91
Algo	88	23,6	23,66
Bastante	180	48,3	<b>48,39</b>
Alto Grado	82	22,0	22,04
NS/NC	1	0,3	
Total	373	100	

Descriptivas	Resultado
Válidos	372
Perdidos	1
Media	1,87
Mediana	2,00
Moda	2
D. estándar	0,823
Varianza	0,677

- Ítem 33 - Que no se tengan en cuenta las propuestas de tratamiento del alumno.

El porcentaje de respuesta más seleccionado por los estudiantes de la muestra ha sido que les preocupa Bastante 41,69% (n = 153) "Que no se tengan en cuenta las propuestas de tratamiento del alumno"; sumando este valor a Alto Grado, obtenemos el 54,5% de tasa de respuesta de la muestra.

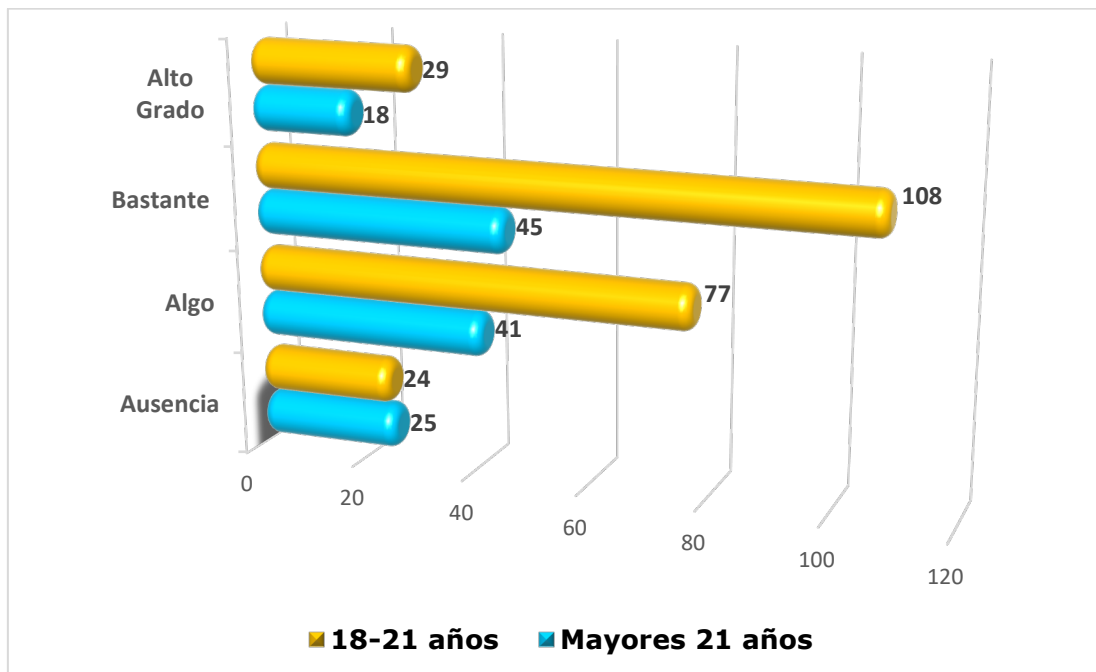
Tabla 21. Frecuencias Ítem 33.

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido
Ausencia	49	13,1	13,35
Algo	118	31,6	32,15
Bastante	153	41,0	<b>41,69</b>
Alto Grado	47	12,6	12,81
NS/NC	6	1,6	
Total	373	100	

Descriptivas	Resultado
Válidos	367
Perdidos	6
Media	1,54
Mediana	2,00
Moda	2
D. estándar	0,880
Varianza	0,774

En cuanto al grupo etario, es significativo ( $p = 0,05$ ), que los menores de 21 años han respondido a la opción Algo (32,4%) y Bastante (45,4%), mientras que para los mayores de 21 años han resultado los valores 31,8% y 34,9% respectivamente. Por tanto, para los menores de 21 años resulta un valor entre Algo y Bastante de un 77,8% frente a los mayores de 21 con un 48,9%. (Tabla IV en Anexo I).

Gráfico 16. Ítem 33 vs Edad agrupada.



➤ Ítem 16 - Recibir órdenes contradictorias.

El porcentaje de respuesta más seleccionado por los estudiantes de la muestra ha sido que les preocupa Bastante 36,22% ( $n = 134$ ) "Recibir órdenes contradictorias" sumando este valor a Alto Grado, obtenemos el 71,08% de la muestra les preocupa esta situación.



Tabla 22. Frecuencias Ítem 16.

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido
Ausencia	29	7,8	7,84
Algo	78	20,9	21,08
Bastante	134	35,9	<b>36,22</b>
Alto Grado	129	34,6	34,86
NS/NC	3	0,8	
Total	373	100,0	

Descriptivas	Resultado
Válidos	370
Perdidos	3
Media	1,98
Mediana	2,00
Moda	2
D. estándar	0,935
Varianza	0,875

➤ Ítem 43 - Tener que realizar otras funciones que no son propias de Fisioterapia.

El porcentaje de respuesta más seleccionado por los estudiantes de la muestra ha sido que les preocupa Bastante, 30,50% (n = 112) "*Tener que realizar otras funciones que no son propias de Fisioterapia*"; sumando este valor a Alto Grado, obtenemos el 52,86% de tasa de respuesta de la muestra.

Tabla 23. Frecuencias Ítem 43.

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido
Ausencia	62	16,6	16,89
Algo	111	29,8	30,25
Bastante	112	30,0	<b>30,52</b>
Alto Grado	82	22,0	22,34
NS/NC	6	1,6	
Total	373	100	

Descriptivas	Resultado
Válidos	367
Perdidos	6
Media	1,58
Mediana	2,00
Moda	2
D. estándar	1,015
Varianza	1,031

- Ítem 17 - Las posibles diferencias entre lo que aprendemos en clase y lo que vemos en las prácticas.

El porcentaje de respuesta más seleccionado por los estudiantes de la muestra ha sido que les preocupa Bastante 37,74% (n = 140) "*Las posibles diferencias entre lo que aprendemos en clase y lo que vemos en las prácticas*"; sumando este valor a Alto Grado, obtenemos el 64,16% de tasa de respuesta de la muestra.

Tabla 24. Frecuencias Ítem 17.

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido
Ausencia	41	11,0	11,05
Algo	92	24,7	24,80
Bastante	140	37,5	<b>37,74</b>
Alto Grado	98	26,3	26,42
NS/NC	2	0,5	
Total	373	100	

Descriptivas	Resultado
Válidos	371
Perdidos	2
Media	1,80
Mediana	2,00
Moda	2
D. estándar	0,956
Varianza	0,915

- Ítem 35 - La falta de relación/integración con los compañeros estudiantes de Fisioterapia o del equipo multidisciplinar.

El porcentaje de respuesta más seleccionado por los estudiantes de la muestra ha sido que les preocupa Algo, 36,89% (n = 135) "*La falta de relación/integración con los compañeros estudiantes de Fisioterapia o del equipo multidisciplinar*"; sumando este valor a Ausencia, obtenemos el 55,74% de tasa de respuesta de la muestra.

Tabla 25. Frecuencias Ítem 35.

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido
Ausencia	69	18,5	18,85
Algo	135	36,2	<b>36,89</b>
Bastante	118	31,6	32,24
Alto Grado	44	11,8	12,02
NS/NC	7	1,9	
Total	373	100	

Descriptivas	Resultado
Válidos	366
Perdidos	7
Media	1,37
Mediana	1,00
Moda	1
D. estándar	0,924
Varianza	0,854

➤ Ítem 42 - La sobrecarga de trabajo.

El porcentaje de respuesta más seleccionado por los estudiantes de la muestra ha sido que les preocupa Bastante, 37,94% (n = 140) "La sobrecarga de trabajo"; sumando este valor a Alto Grado, obtenemos el 56,91% de tasa de respuesta de la muestra.

Tabla 26. Frecuencias Ítem 42.

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido
Ausencia	45	12,1	12,20
Algo	114	30,6	30,89
Bastante	140	37,5	<b>37,94</b>
Alto Grado	70	18,8	18,97
NS/NC	4	1,1	
Total	373	100	

Descriptivas	Resultado
Válidos	369
Perdidos	4
Media	1,64
Mediana	2,00
Moda	2
D. estándar	0,926
Varianza	0,857

### 10.2.3 - Factor 3: Contacto con pacientes gravemente afectados.

- Ítem 20 - Tratar a un paciente en cuidados intensivo y/o con ayudas externas (ventilación mecánica, sueroterapia, colostomía, etc.).

El porcentaje de respuesta más seleccionado por los estudiantes de la muestra ha sido que les preocupa Algo 38,6% ( $n = 137$ ) "*Tratar a un paciente en cuidados intensivo y/o con ayudas externas (ventilación mecánica, sueroterapia, colostomía, etc.)*"; sumando este valor a Ausencia, obtenemos el 55,28% de tasa de respuesta de la muestra.

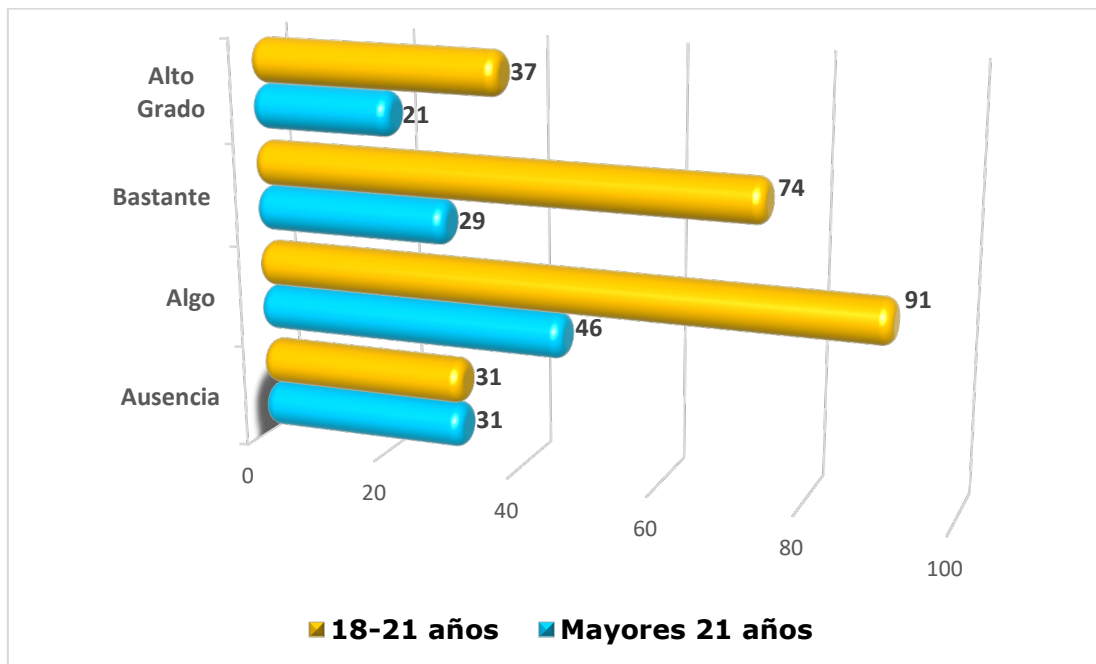
Tabla 27. Frecuencias Ítem 20.

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido	Descriptivas	Resultado
Ausencia	62	16,6	17,22	Válidos	360
Algo	137	36,7	<b>38,06</b>	Perdidos	13
Bastante	103	27,6	28,61	Media	1,44
Alto Grado	58	15,5	16,11	Mediana	1,00
NS/NC	13	3,5		Moda	1
Total	373	100		D. estándar	0,957
				Varianza	0,915

En cuanto al grupo etario, es significativo ( $p = 0,039$ ), que los de 18-21 años han respondido a la opción Algo (39,1%), con una tendencia hacia preocupante, considerando la respuesta de Ausencia (13,3%), mientras que los mayores de 21 años han respondido mayoritariamente Algo (36,2%) y Ausencia (24,4%). Por tanto, los

menores de 21 años han valorado como Algo y Ausencia en un 52,45% frente a los mayores de 21 años con un resultado de 59%. (Tabla IV en Anexo I).

Gráfico 17. Ítem 20 vs Edad agrupada.



➤ Ítem 19 - Ver y/o tratar a un paciente en estado vegetativo/coma.

El porcentaje de respuesta más seleccionado por los estudiantes de la muestra ha sido que les preocupa Algo 36,21% (n = 130) "Ver y/o tratar a un paciente en estado vegetativo/coma"; sumando este valor a Ausencia, obtenemos el 58,49% de tasa de respuesta de la muestra.

Tabla 28. Frecuencias Ítem 19.

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido	Descriptivas	Resultado
Ausencia	80	21,4	22,28	Válidos	359
Algo	130	34,9	<b>36,21</b>	Perdidos	14
Bastante	96	25,7	26,74	Media	1,34
Alto Grado	53	14,2	14,76	Mediana	1,00
NS/NC	14	3,8		Moda	1
Total	373	100		D. estándar	0,984
				Varianza	0,968

- Ítem 21 - Tener que tratar a un paciente con heridas, amputaciones, deformaciones, quemaduras, material externo de osteosíntesis, etc.

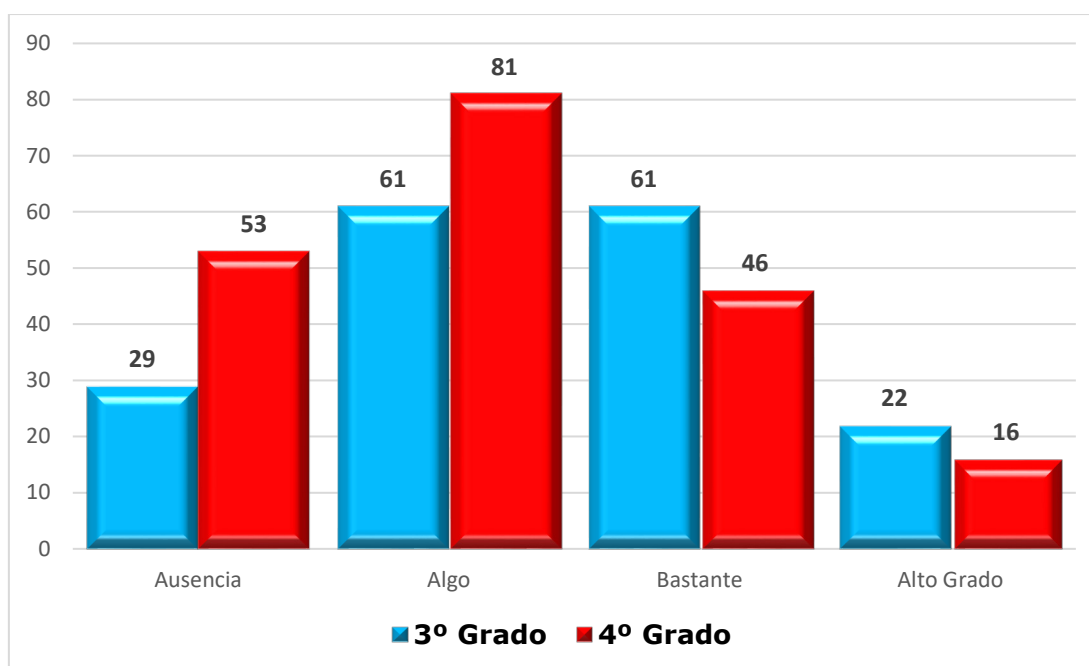
El porcentaje de respuesta más seleccionado por los estudiantes de la muestra ha sido que les preocupa Algo 38,48% (n = 142) "*Tener que tratar a un paciente con heridas, amputaciones, deformaciones, quemaduras, material externo de osteosíntesis, etc.*"; sumando Ausencia y Algo representa un 60,70% de la muestra.

Tabla 29. Frecuencias Ítem 21.

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido	Descriptivas	Resultado
Ausencia	82	22,0	22,22	Válidos	369
Algo	142	38,1	<b>38,48</b>	Perdidos	4
Bastante	107	28,7	29,00	Media	1,27
Alto Grado	38	10,2	10,30	Mediana	1,00
NS/NC	4	1,1		Moda	1
Total	373	100		D. estándar	0,923
				Varianza	0,852

En cuanto al curso, es significativo ( $p = 0,009$ ), la tendencia de encontrar preocupante "Tener que tratar a un paciente con heridas, amputaciones, deformaciones, quemaduras, material externo de osteosíntesis, etc." de los alumnos de tercero (Algo y Ausencia 52,1%), mientras que los alumnos de cuarto encuentran Algo - Ausencia de preocupación (68,3%). Es de destacar que a los alumnos de 3º curso les preocupa esta cuestión en Alto Grado (12,7%) comparado a Ausencia (16,8%). (Tabla IV en Anexo I).

Gráfico 18. Ítem 21 vs Curso.



➤ Ítem 22 - Tener que tratar a niños gravemente afectados.

El porcentaje de respuesta más seleccionado por los estudiantes de la muestra ha sido que les preocupa Bastante 30,30% ( $n = 110$ ) "Tener que tratar a niños gravemente afectados"; sumando este valor

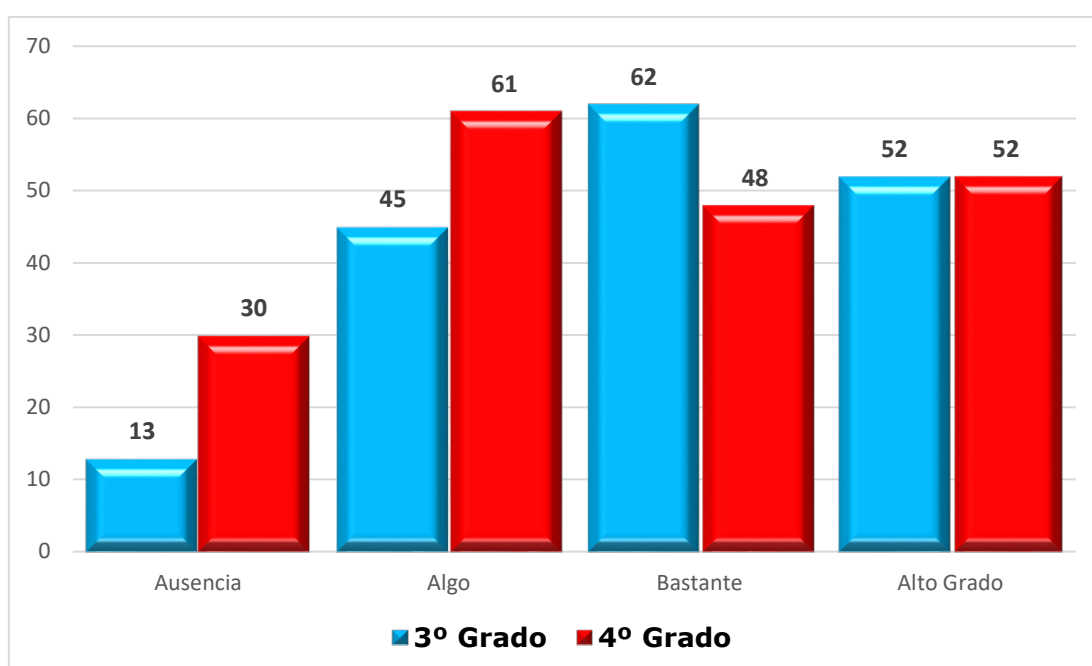
a Alto Grado, obtenemos el 58,95% de tasa de respuesta de la muestra.

Tabla 30. Frecuencias Ítem 22.

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido	Descriptivas	Resultado
Ausencia	43	11,5	11,85	Válidos	363
Algo	106	28,4	29,20	Perdidos	10
Bastante	110	29,5	<b>30,30</b>	Media	1,76
Alto Grado	104	27,9	28,65	Mediana	2,00
NS/NC	10	2,7		Moda	2
Total	373	100		D. estándar	0,998
				Varianza	0,996

En cuanto al curso, es significativo ( $p = 0,019$ ), y es mayor entre los alumnos de 3º curso respondieron a la opción Bastante (36%) y Alto Grado (30,2%), resultando un total de 66,2%, frente a los de 4º curso, con valores del 25,1% y 27,2% (total 52,3%). (Tabla IV en Anexo I).

Gráfico 19. Ítem 22 vs Curso.





### 10.2.4 - Factor 4: Impotencia e incertidumbre

➤ Ítem 10 - Encontrarme en alguna situación sin saber qué hacer.

El porcentaje de respuesta más seleccionado por los estudiantes de la muestra ha sido que les preocupa en Alto Grado 41,24% (n = 153) "*Encontrarme en alguna situación sin saber qué hacer*". sumando este valor a Bastante, obtenemos el 78,71% de la muestra.

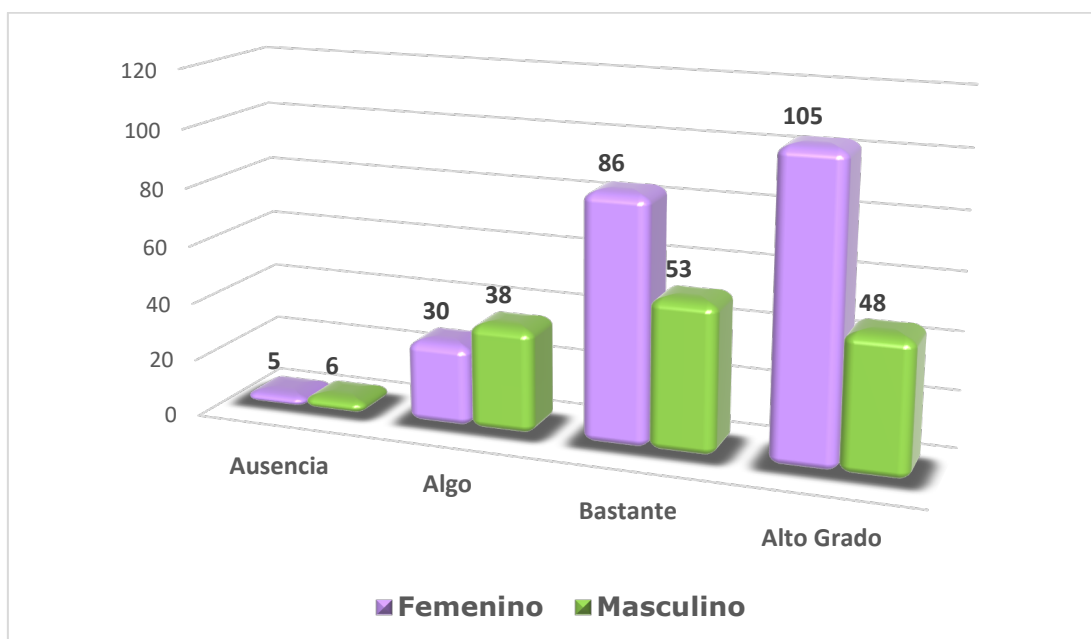
Tabla 31. Frecuencias Ítem 10.

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido
Ausencia	11	2,9	2,96
Algo	68	18,2	18,33
Bastante	139	37,3	37,47
Alto Grado	153	41,0	<b>41,24</b>
NS/NC	2	0,5	
Total	373	100	

Descriptivas	Resultado
Válidos	371
Perdidos	2
Media	2,17
Mediana	2,00
Moda	3
D. estándar	0,829
Varianza	0,687

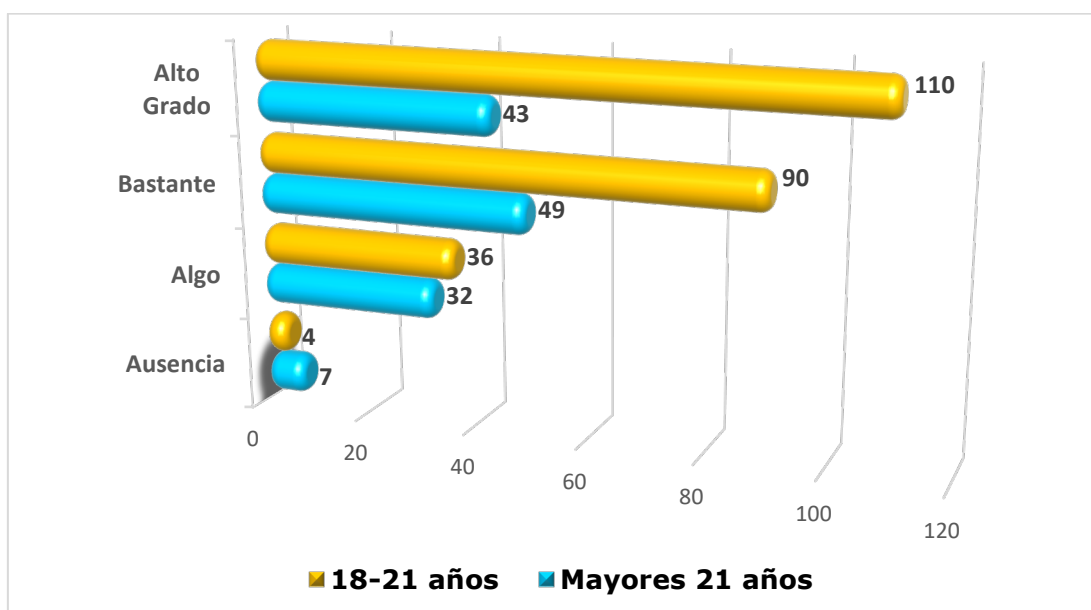
En cuanto al género, es significativo ( $p = 0,005$ ), que las mujeres han respondido a la opción Alto Grado (46,5%) y Bastante (38,1%), mientras que los hombres han respondido Alto Grado (33,1%) y en Bastante (36,6%). Este ítem se ha forzado con la prueba exacta de Fisher ( $p = 0,004$ ), ya que, 1 casilla (12,5%) han esperado un recuento menor que 5. (Tabla IV en Anexo I).

Gráfico 20. Ítem 10 vs Género



En cuanto al grupo etario, es significativo ( $p = 0,010$ ), que los de 18-21 años muestran mayor porcentaje en Alto Grado (45,8%) y Bastante (37,5%) que los mayores de 21 años (32,8% y 37,4% respectivamente). Este ítem se ha forzado con la prueba exacta de Fisher ( $p = 0,009$ ), ya que, 1 casilla (12,5%) han esperado un recuento menor que 5. (Tabla IV en Anexo I)

Gráfico 21. Ítem 10 vs Edad agrupada.



- Ítem 9 - Tener que tratar a un paciente no habiendo podido acceder a la información clínica.

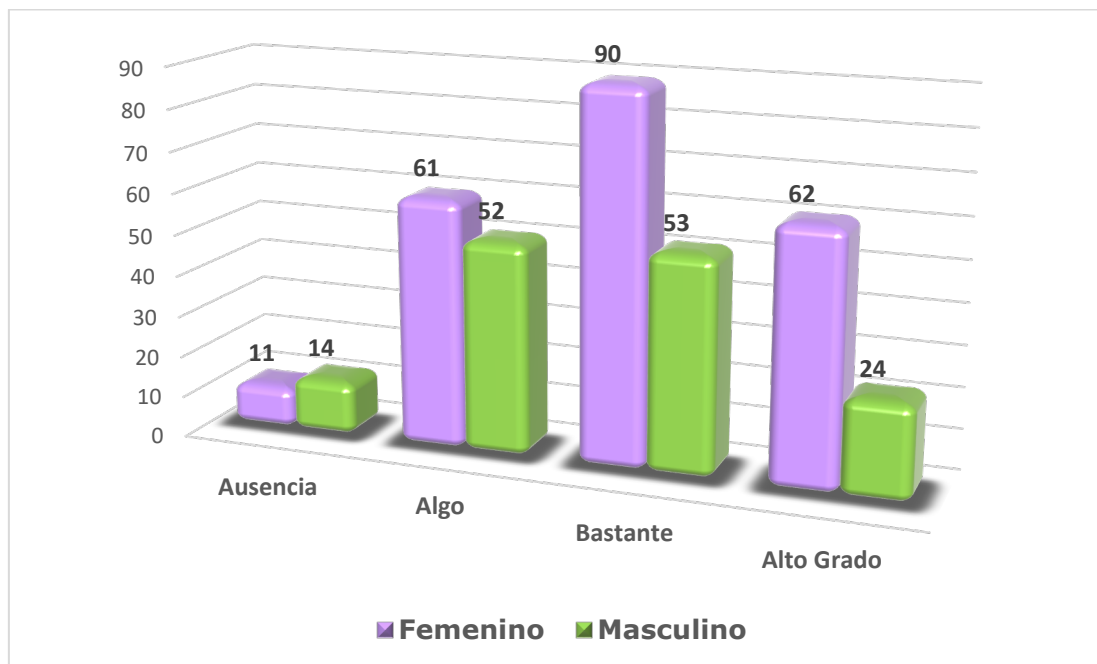
El porcentaje de respuesta más seleccionado por los estudiantes de la muestra ha sido que les preocupa Bastante 38,96% (n = 143) "Tener que tratar a un paciente no habiendo podido acceder a la información clínica"; sumando este valor a Alto Grado, obtenemos el 62,39% de tasa de respuesta de la muestra.

Tabla 32. Frecuencias Ítem 9.

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido	Descriptivas	Resultado
Ausencia	25	6,7	6,81	Válidos	367
Algo	113	30,3	30,79	Perdidos	6
Bastante	143	38,3	<b>38,96</b>	Media	1,79
Alto Grado	86	23,1	23,43	Mediana	2,00
NS/NC	6	1,6		Moda	2
Total	373	100		D. estándar	0,879
				Varianza	0,773

En cuanto al género, es significativo ( $p = 0,018$ ), el femenino encuentran en un porcentaje mayor que los hombres, preocupante este ítem. Sumando los valores de Alto Grado y Bastante en la mujer obtenemos un 67,9% frente al 53,9% del género masculino. (Tabla cruzada en Anexo I). Cabe destacar que, en el caso de los hombres, el 36,4% califica este ítem como Algo (valor próximo al Bastante, 37,1%). (Tabla IV en Anexo I).

Gráfico 22. Ítem 9 vs Género.



- Ítem 12 - Mostrar incertidumbre o no saber cómo abordar en primera instancia y/o progresar en un tratamiento.

El porcentaje de respuesta más seleccionado por los estudiantes de la muestra ha sido que les preocupa Bastante 42,86% ( $n = 159$ ) "Mostrar incertidumbre o no saber cómo abordar en primera instancia y/o progresar en un tratamiento"; sumando este valor a Alto Grado, obtenemos el 64,42% de tasa de respuesta de la muestra.

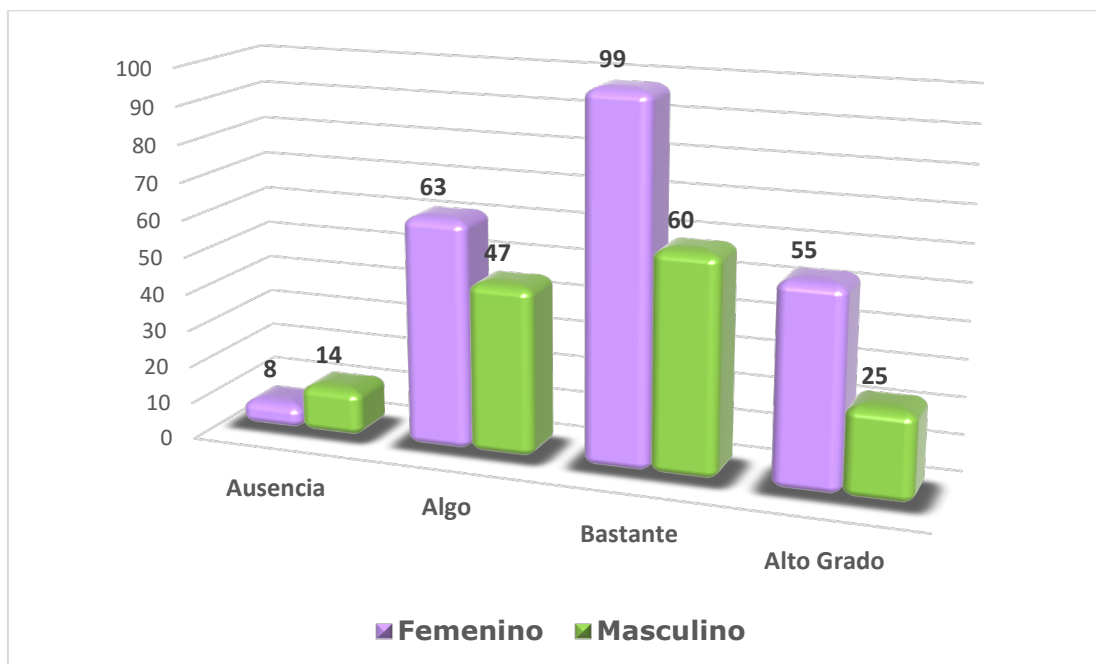
Tabla 33. Frecuencias Ítem 12.

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido
Ausencia	22	5,9	5,93
Algo	110	29,5	29,65
Bastante	159	42,6	<b>42,86</b>
Alto Grado	80	21,4	21,56
NS/NC	2	0,5	
Total	373	100	

Descriptivas	Resultado
Válidos	371
Perdidos	2
Media	1,80
Mediana	2,00
Moda	2
D. estándar	0,843
Varianza	0,711

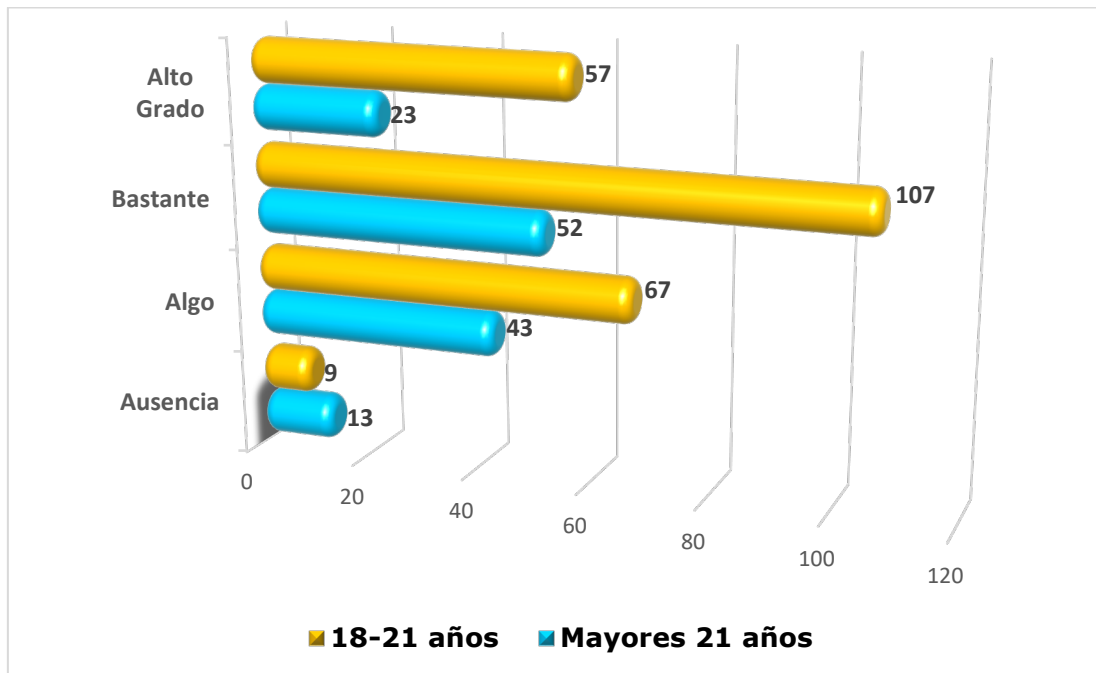
En cuanto al género, es significativo ( $p = 0,040$ ), que las mujeres han respondido a la opción Bastante (44%) y Alto Grado (24,4%), mientras que los hombres han respondido con un 41,1% y 17,1% respectivamente. Para ambos valores los totales representarían un 68,4% para las mujeres frente a un 58,5% para los hombres. (Tabla IV en Anexo I).

*Gráfico 23. Frecuencias Ítem 12 vs Género.*



En cuanto al grupo etario, es significativo ( $p = 0,044$ ), que los menores de 21 años han respondido a la opción Bastante (44,6%) y en Alto Grado (23,8%) mientras que los mayores de 21 años han respondido 39,7% y 17,6% respectivamente. Para ambos valores los totales representarían un 68,4% para los menores de 21 años frente a un 57,3% para los mayores, destacándose que en este grupo los que valoran como Algo representan el 32,8% de su grupo etario. (Tabla IV en Anexo I).

Gráfico 24. Ítem 12 vs Edad agrupada.



- Ítem 11 - No saber cómo responder a las preguntas o expectativas de los pacientes y/o sus familiares.

El porcentaje de respuesta más seleccionado por los estudiantes de la muestra ha sido que les preocupa Bastante 40,27% (n = 149) "No saber cómo responder a las preguntas o expectativas de los pacientes y/o sus familiares"; sumando este valor a Alto Grado, obtenemos el 67,84% de la muestra les preocupa esta situación.

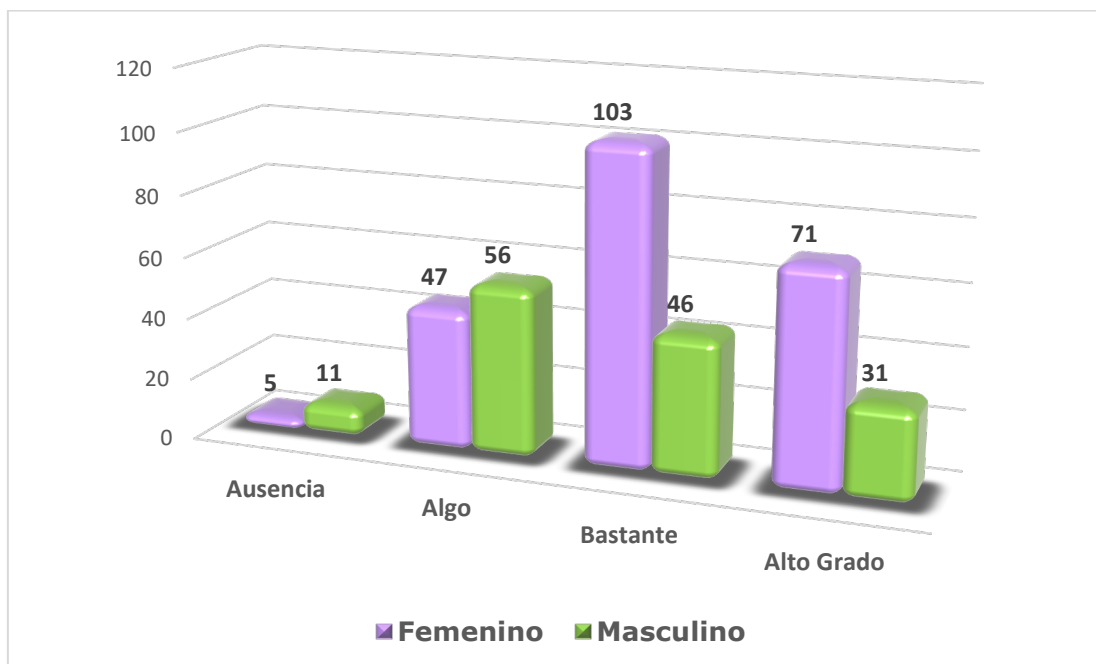
Tabla 34. Frecuencias Ítem 11.

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido
Ausencia	16	4,3	4,32
Algo	103	27,6	27,84
Bastante	149	39,9	<b>40,27</b>
Alto Grado	102	27,3	27,57
NS/NC	3	0,8	
Total	373	100	

Descriptivas	Resultado
Válidos	370
Perdidos	3
Media	1,91
Mediana	2,00
Moda	2
D. estándar	0,849
Varianza	0,721

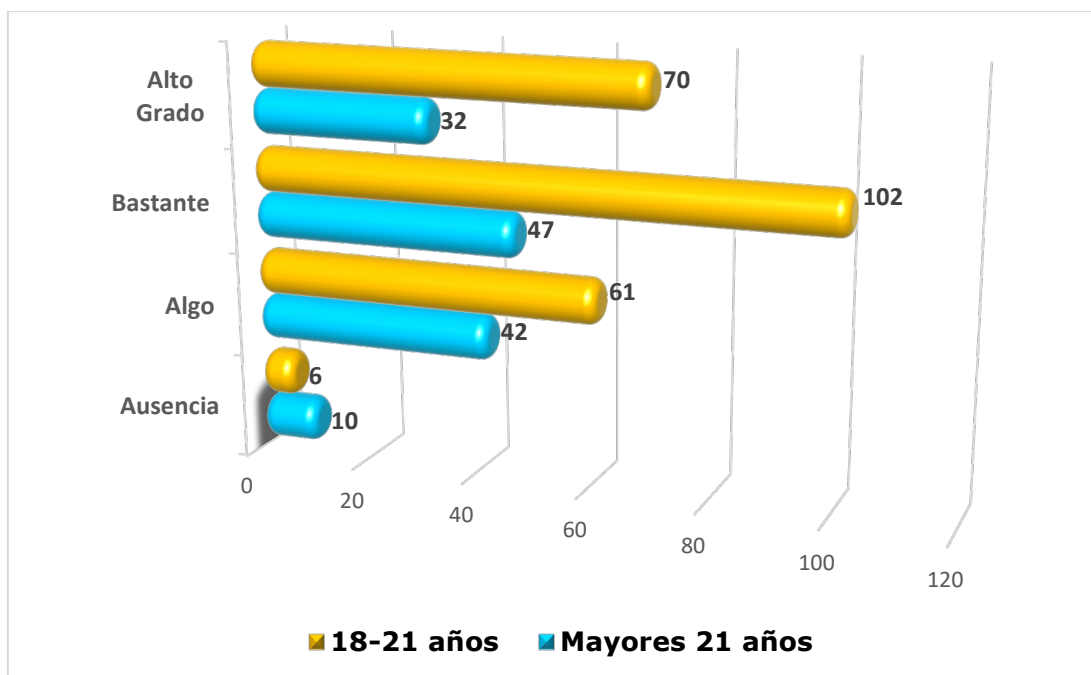
En cuanto al género, es significativo ( $p = 0,000$ ), que las mujeres han respondido a la opción Bastante (45,6%) y Alto Grado (31,4%), mientras que los hombres han respondido con un 31,9% y 21,5% respectivamente. Cabe destacar que un 38,9% de los hombres puntuaron este ítem como Algo frente a solo el 20,8% de las mujeres. (Tabla IV en Anexo I).

Gráfico 25. Ítem 11 vs Género.



En cuanto al grupo etario, es significativo ( $p = 0,043$ ), que los de 18-21 años valoran como Bastante (42,7%) y Alto Grado (29,3%), mientras que los mayores de 21 años los valoran como 35,9% y 24,4%, siendo en este grupo etario los que puntúan como Algo un 32,1%. (Tabla IV en Anexo I).

Gráfico 26. Ítem 11 vs Edad agrupada.



➤ Ítem 14 - Sentir que no puedo ayudar al paciente.

El porcentaje de respuesta más seleccionado por los estudiantes de la muestra ha sido que les preocupa Bastante 40,16% (n = 149) "Sentir que no puedo ayudar al paciente"; sumando este valor a Alto Grado, obtenemos el 74,39% de la muestra les preocupa esta situación.

Tabla 35. Frecuencias Ítem 14.

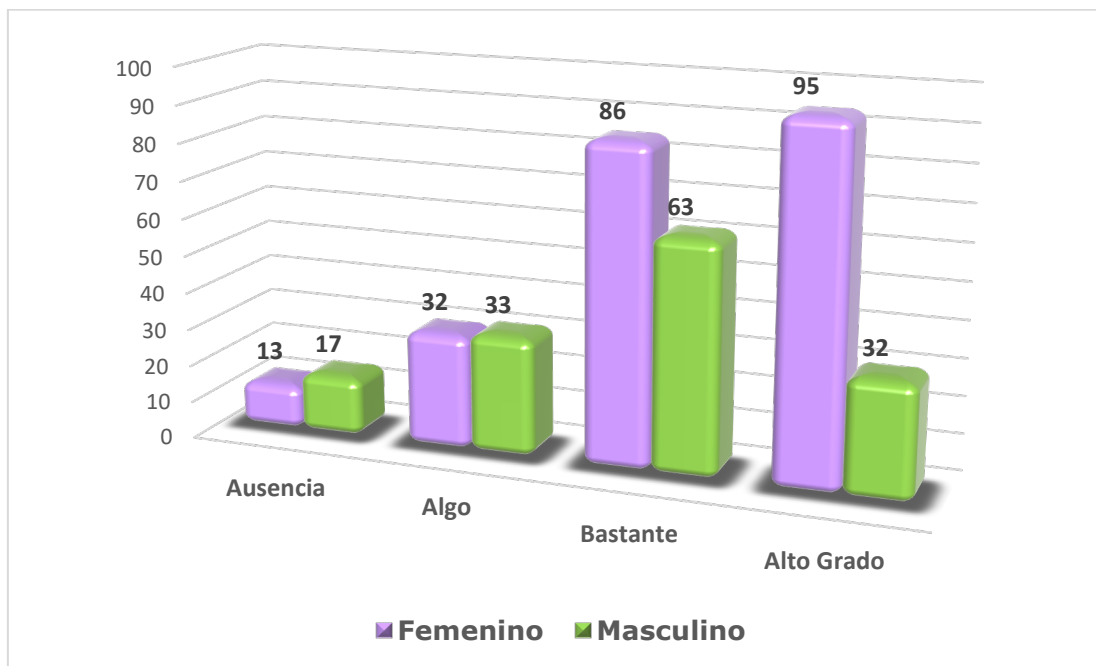
	Frecuencia	Porcentaje	% Válido
Ausencia	30	8,0	8,09
Algo	65	17,4	17,52
Bastante	149	39,9	<b>40,16</b>
Alto Grado	127	34	34,23
NS/NC	2	0,5	
Total	373	100	

Descriptivas	Resultado
Válidos	371
Perdidos	2
Media	2,01
Mediana	2,00
Moda	2
D. estándar	0,918
Varianza	0,843



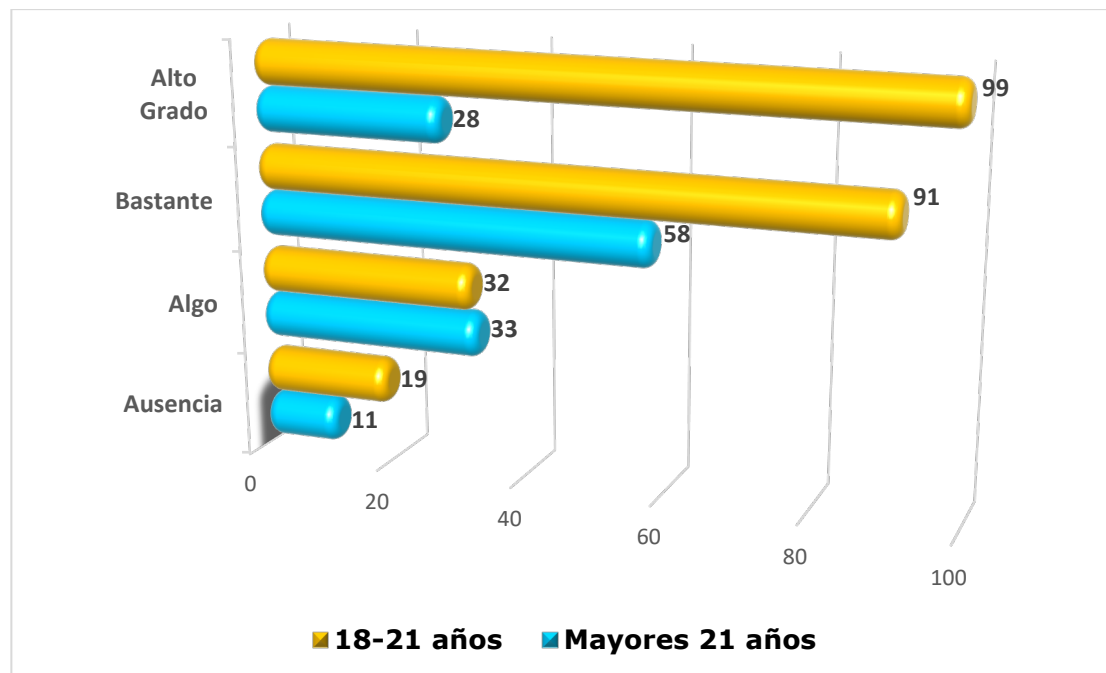
En cuanto al género, es significativo ( $p = 0,000$ ), que las mujeres han respondido a la opción Alto Grado (42%), mientras que los hombres han respondido en Alto Grado un 22,1%. La suma de Bastante - Alto Grado en mujeres arroja un porcentaje de 80,1% frente al 65,5% de los hombres. (Tabla IV en Anexo I).

Gráfico 27. Ítem 14 vs Género.



En cuanto al grupo etario, es significativo ( $p = 0,001$ ), que los menores de 21 años han respondido a la opción en Alto Grado (41,1%), mientras que los mayores de 21 años lo han hecho en la misma respuesta en un 21,5%. La suma de Bastante - Alto Grado en menores de 21 años arroja un porcentaje de 78,9% frente al 66,1% de los mayores. (Tabla IV en Anexo I).

Gráfico 28. Ítem 14 vs Edad agrupada.



### 10.2.5 - Factor 5: Relación con los tutores y centros

- Ítem 48 - La asistencia a algún centro no bien valorado por los comentarios de los estudiantes.

El porcentaje de respuesta más seleccionado por los estudiantes de la muestra ha sido que les preocupa Algo, 35,58% (n = 132) "La asistencia a algún centro no bien valorado por los comentarios de los estudiantes"; sumando este valor a Ausencia, obtenemos el 54,99% de tasa de respuesta de la muestra.

Tabla 36. Frecuencias Ítem 48.

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido	Descriptivas	Resultado
Ausencia	72	19,3	19,41	Válidos	371
Algo	132	35,4	<b>35,58</b>	Perdidos	2
Bastante	113	30,3	30,46	Media	1,40
Alto Grado	54	14,5	14,56	Mediana	1,00
NS/NC	2	0,5		Moda	1
Total	373	100		D. estándar	0,960
				Varianza	0,922

- Ítem 49 - Tener que realizar las prácticas en solitario como único alumno.

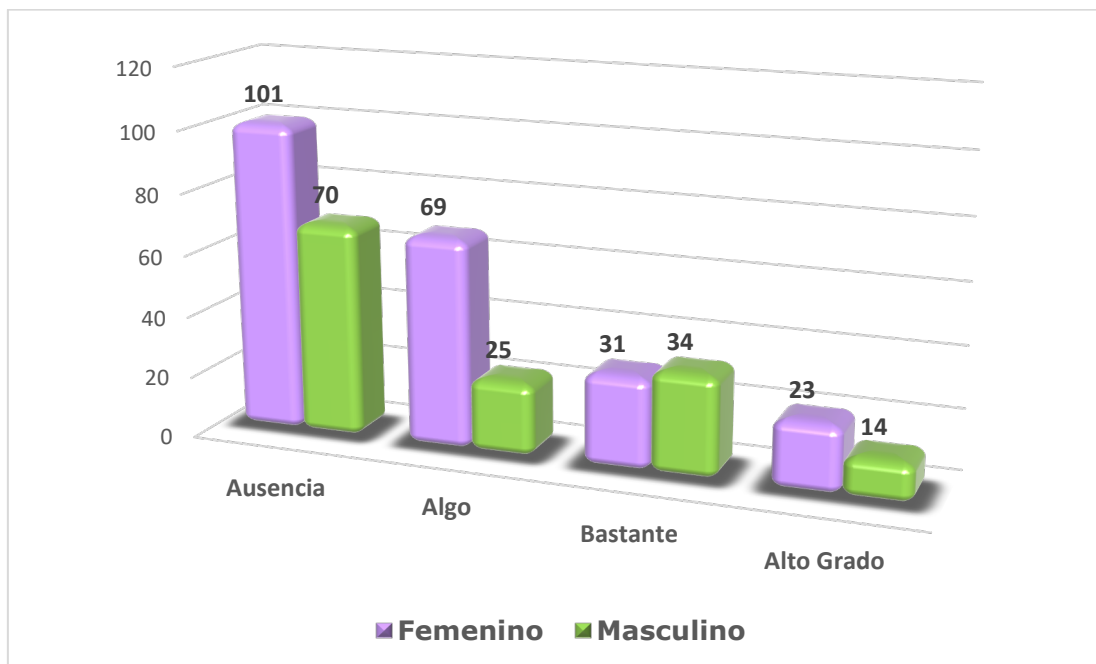
El porcentaje de respuesta más seleccionado por los estudiantes de la muestra ha sido Ausencia de preocupación 46,59% (n = 171) "Tener que realizar las prácticas en solitario como único alumno"; sumando Ausencia y Algo obtenemos el 72,20% de respuesta de la muestra, como poco preocupante.

Tabla 37. Frecuencias Ítem 49.

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido	Descriptivas	Resultado
Ausencia	171	45,8	<b>46,59</b>	Válidos	367
Algo	94	25,2	25,61	Perdidos	6
Bastante	65	17,4	17,71	Media	0,91
Alto Grado	37	9,9	10,08	Mediana	1,00
NS/NC	6	1,6		Moda	0
Total	373	100		D. estándar	1,021
				Varianza	1,042

En cuanto al género, es significativo ( $p = 0,011$ ), que las mujeres han valorado este ítem como Ausencia (45,1%) y Algo (30,8%) frente a los hombres que lo han hecho respectivamente en un 49% y 17,5%. No obstante, es de destacar que un 33,6% de los hombres lo valoran como Bastante-Alto Grado, aunque las mujeres lo hacen en solo un 24,1%. (Tabla IV en Anexo I).

Gráfico 29. Ítem 49 vs Género.



- Ítem 47 - Tener que realizar prácticas en centros específicos (piscina, centro deportivo, etc.), donde la indumentaria pueda hacerme sentir incomodo/a.

El porcentaje de respuesta más seleccionado por los estudiantes de la muestra ha sido que les preocupa Algo 47,97% ( $n = 177$ ) "Tener que realizar prácticas en centros específicos (piscina, centro deportivo, etc.), donde la indumentaria pueda hacerme sentir incomodo/a",

sumando Ausencia y Algo (75,07%), es considerado como poco preocupante.

Tabla 38. Frecuencias Ítem 47.

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido
Ausencia	177	47,5	<b>47,97</b>
Algo	100	26,8	27,10
Bastante	61	16,4	16,53
Alto Grado	31	8,3	8,40
NS/NC	4	1,1	
Total	373	100	

Descriptivas	Resultado
Válidos	369
Perdidos	4
Media	0,85
Mediana	1,00
Moda	0
D. estándar	0,981
Varianza	0,962

- Ítem 32 - No estar supervisado por el responsable/tutor durante la intervención.

El porcentaje de respuesta más seleccionado por los estudiantes de la muestra ha sido que les preocupa Bastante 34,59% (n = 128) "No estar supervisado por el responsable/tutor durante la intervención"; sumando este valor a Alto Grado, obtenemos el 53,51% de tasa de respuesta de la muestra.

Tabla 39. Frecuencias Ítem 32.

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido
Ausencia	73	19,6	19,73
Algo	99	26,5	26,76
Bastante	128	34,3	<b>34,59</b>
Alto Grado	70	18,8	18,92
NS/NC	3	0,8	
Total	373	100	

Descriptivas	Resultado
Válidos	370
Perdidos	3
Media	1,53
Mediana	2,00
Moda	2
D. estándar	1,012
Varianza	1,025

- Ítem 46 - Tener que realizar prácticas en un centro en el que inicialmente no empatice con el tipo de pacientes del mismo.

El porcentaje de respuesta más seleccionado por los estudiantes de la muestra ha sido que les preocupa Bastante 37,40% (n = 138) "*Tener que realizar prácticas en un centro en el que inicialmente no empatice con el tipo de pacientes del mismo*". sumando este valor a Alto Grado, obtenemos el 57,45% de tasa de respuesta de la muestra.

Tabla 40. Frecuencias Ítem 46.

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido	Descriptivas	Resultado
Ausencia	49	13,1	13,28	Válidos	369
Algo	108	29,0	29,27	Perdidos	4
Bastante	138	37,0	<b>37,40</b>	Media	1,64
Alto Grado	74	19,8	20,05	Mediana	2,00
NS/NC	4	1,1		Moda	2
Total	373	100		D. estándar	0,948
				Varianza	0,899

- Ítem 34 - Tener que evaluar al tutor y/o centro.

El porcentaje de respuesta más seleccionado por los estudiantes de la muestra ha sido Ausencia de preocupación en un 45,48% (n = 166) al "*Tener que evaluar al tutor y/o centro*"; sumando Ausencia y Algo representa 75,07% de tasa de respuesta.

Tabla 41. Frecuencias Ítem 34.

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido	Descriptivas	Resultado
Ausencia	166	44,5	<b>45,48</b>	Válidos	365
Algo	108	29,0	29,59	Perdidos	8
Bastante	66	17,7	18,08	Media	0,86
Alto Grado	25	16,7	6,85	Mediana	1,00
NS/NC	8	2,1		Moda	0
Total	373	100		D. estándar	0,945
				Varianza	0,893

➤ Ítem 31 - Problemas en la relación con el tutor en el centro de prácticas.

El porcentaje de respuesta más seleccionado por los estudiantes de la muestra ha sido que les preocupa Bastante 38,38% (n = 142) "*Problemas en la relación con el tutor en el centro de prácticas*"; sumando este valor a Alto Grado, obtenemos el 64,87% de tasa de respuesta de la muestra.

Tabla 42. Frecuencias Ítem 31.

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido	Descriptivas	Resultado
Ausencia	57	15,3	15,41	Válidos	370
Algo	73	19,6	19,73	Perdidos	3
Bastante	142	38,1	<b>38,38</b>	Media	1,76
Alto Grado	98	26,3	26,49	Mediana	2,00
NS/NC	3	0,8		Moda	2
Total	373	100		D. estándar	1,012
				Varianza	1,023

### 10.2.6 - Factor 6: Perjudicar al paciente

➤ Ítem 5 - Hacer mal mi trabajo y perjudicar al paciente.

El porcentaje de respuesta más seleccionado por los estudiantes de la muestra ha sido que les preocupa en Alto Grado 53,08% (n = 198) "*Hacer mal mi trabajo y perjudicar al paciente*". Si se le suma el porcentaje de Bastante el total asciendo al 81,5%. Como se ha comentado con anterioridad, este ítem comparte, junto al ítem 26

("Recibir la denuncia de un paciente o familiares") la media más alta del cuestionario (2,27); ambos son indicativos y se pueden interpretar como, las situaciones que perciben los estudiantes como más estresantes en el contexto de las premisas analizadas en el cuestionario.

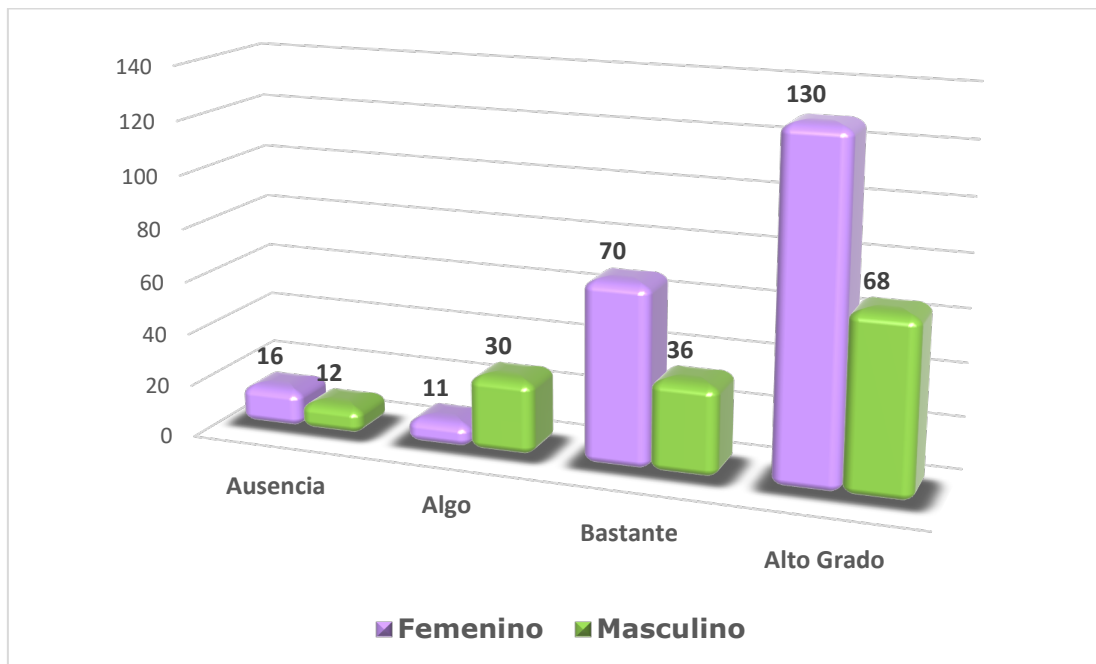
Tabla 43. Frecuencias Ítem 5.

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido	Descriptivas	Resultado
Ausencia	28	7,5	7,51	Válidos	373
Algo	41	11	10,99	Perdidos	0
Bastante	106	28,4	28,42	Media	2,27
Alto Grado	198	53,1	<b>53,08</b>	Mediana	3,00
NS/NC	0	0		Moda	3
Total	373	100		D. estándar	0,933
				Varianza	0,870

En cuanto al género, es significativo ( $p = 0,000$ ), que las mujeres han respondido a la opción Alto Grado (57,3%) y Bastante (30,8%), mientras que los hombres han respondido 46,6% y 24,7% respectivamente. La suma de Alto Grado y Bastante en mujeres arroja un porcentaje de 88,1% frente al 71,3% de los hombres. Cabe destacar que los hombres valoraron como Algo en un 20,5% frente a mujeres que lo hicieron solo en un 4,8%. (Tabla IV en Anexo I).

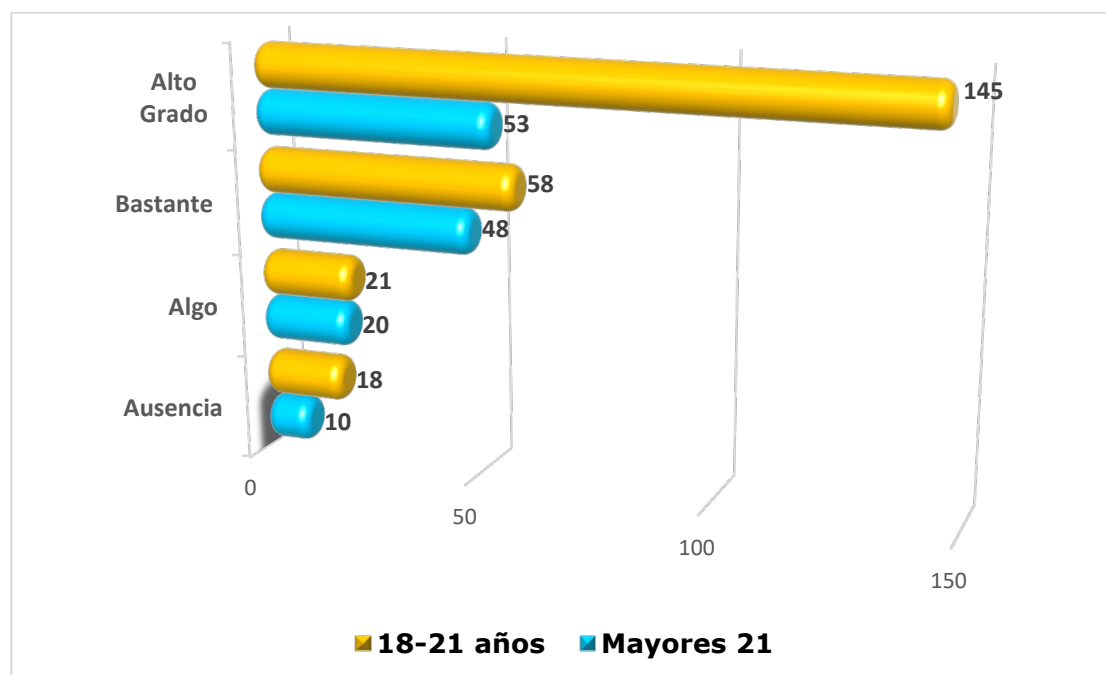


Gráfico 30. Ítem 5 vs Género.



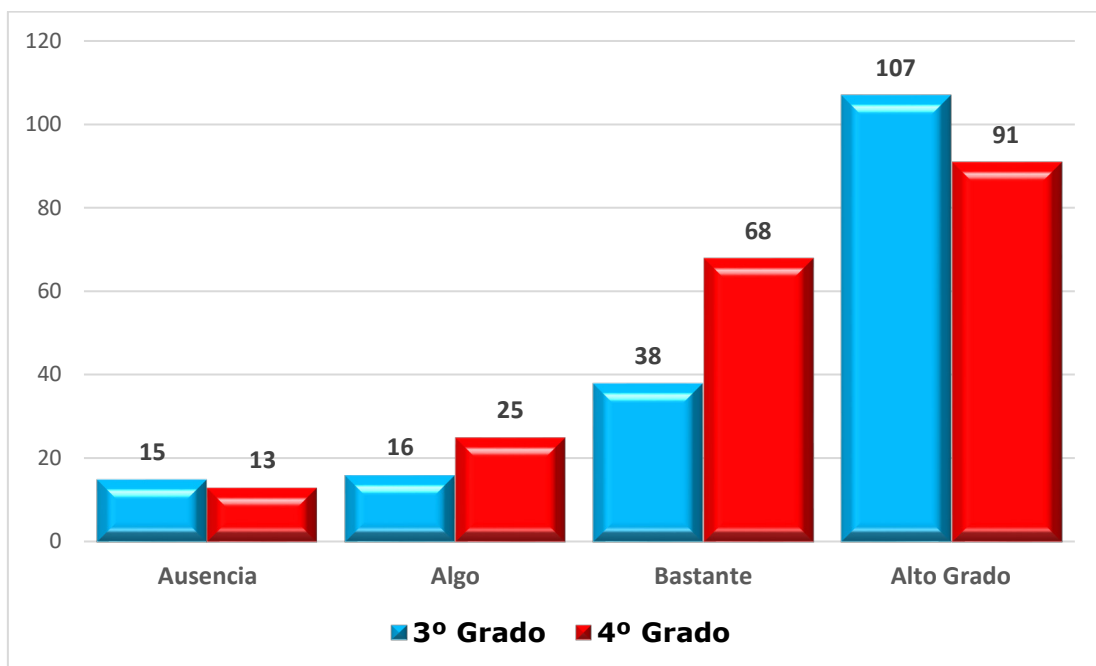
En cuanto al grupo etario, es significativo ( $p = 0,003$ ), que los menores de 21 años han respondido a la opción en Alto Grado-Bastante en un 83,9%, mientras que los mayores de 21 años lo han hecho en un 71,1%. (Tabla IV en Anexo I).

Gráfico 31. Ítem 5 vs Edad agrupada.



En cuanto al curso, es significativo ( $p = 0,013$ ), entre los alumnos de 3º y 4º curso respondieron a la opción Bastante junto a Alto Grado en porcentajes similares (82,4% y 80,7% respectivamente), si bien en Alto Grado son los de 3º curso los que lo valoran en mayor porcentaje (60,8%) frente a los de 4º (46,2%). (Tabla IV en Anexo I).

Gráfico 32. Ítem 5 vs Curso.



➤ Ítem 6 - Alterar psicológicamente al paciente.

El porcentaje de respuesta más seleccionado por los estudiantes de la muestra ha sido que les preocupa en Alto Grado 33,42% ( $n = 124$ ) "*Alterar psicológicamente al paciente*"; sumando este valor a Bastante, obtenemos el 65,5% de tasa de respuesta de la muestra.

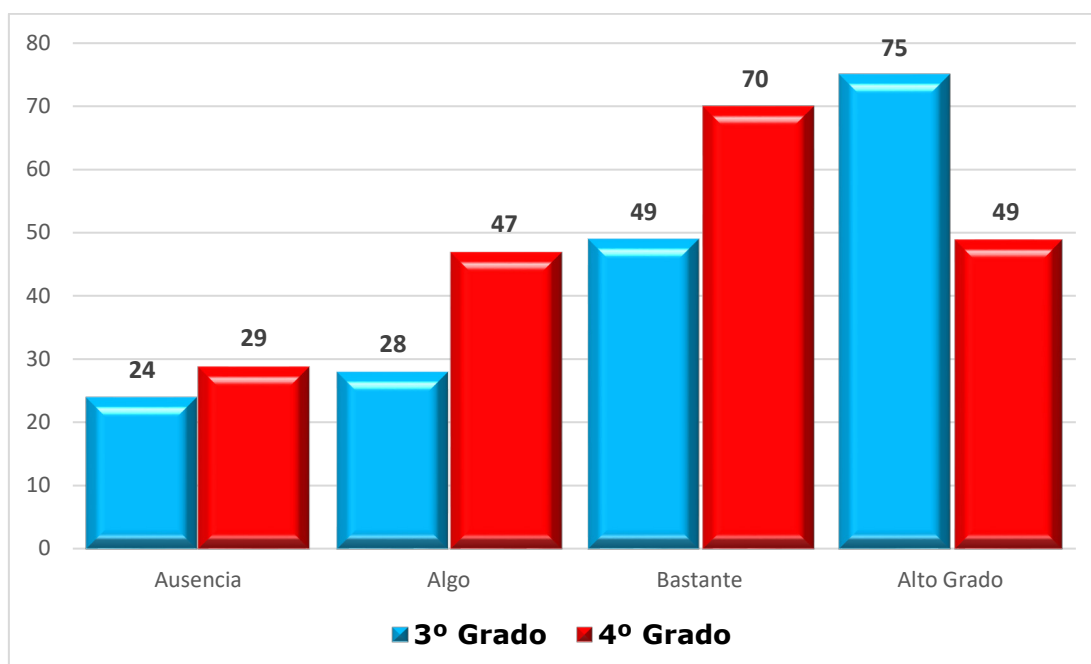
Tabla 44. Frecuencias Ítem 6.

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido
Ausencia	53	14,2	14,29
Algo	75	20,1	20,22
Bastante	119	31,9	32,08
Alto Grado	124	33,2	<b>33,42</b>
NS/NC	2	0,5	
Total	373	100	

Descriptivas	Resultado
Válidos	371
Perdidos	2
Media	1,85
Mediana	2,00
Moda	3
D. estándar	1,043
Varianza	1,087

En cuanto al curso, es significativo ( $p = 0,004$ ), entre los alumnos de 3º curso respondieron a la opción Alto Grado un 42,6% y Bastante un 27,8%, mientras que los de 4º curso lo hicieron en un 25,1% y 35,9% respectivamente), lo que representó un 70,4% entre los alumnos de 3º curso frente al 61% entre los de 4º. (Tabla IV en Anexo I).

Gráfico 33. Ítem 6 vs Curso.



➤ Ítem 7 - Confundirme al elegir y/o aplicar un tratamiento inapropiado.

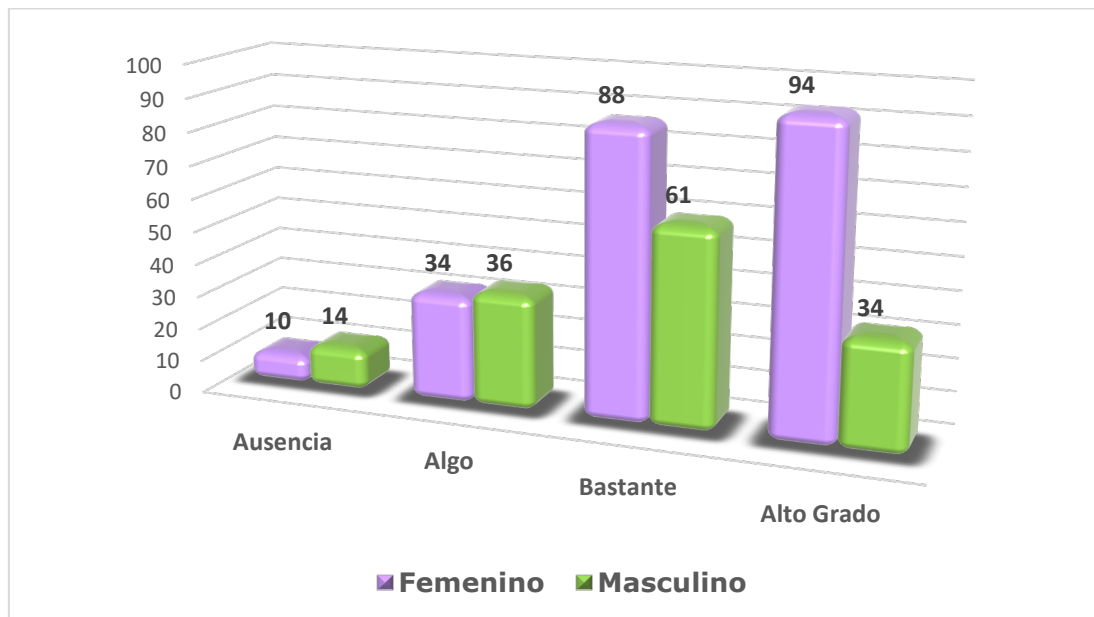
El porcentaje de respuesta más seleccionado por los estudiantes de la muestra ha sido que les preocupa Bastante 40,16% (n = 149) "Confundirme al elegir y/o aplicar un tratamiento inapropiado"; sumando Alto Grado y Bastante (74,66%). Este ítem representa la sexta cuestión más interpretada como factor predictor de estrés en las prácticas clínicas en Fisioterapia, compartiendo el resultado con el ítem 40 ("La noticia del fallecimiento de un paciente sometido a tratamiento de Fisioterapia"), con una media de 2,03.

Tabla 45. Frecuencias Ítem 7

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido	Descriptivas	Resultado
Ausencia	24	6,4	6,47	Válidos	371
Algo	70	18,8	18,87	Perdidos	2
Bastante	149	39,9	<b>40,16</b>	Media	2,03
Alto Grado	128	34,3	34,50	Mediana	2,00
NS/NC	2	0,5		Moda	2
Total	373	100		D. estándar	0,891
				Varianza	0,794

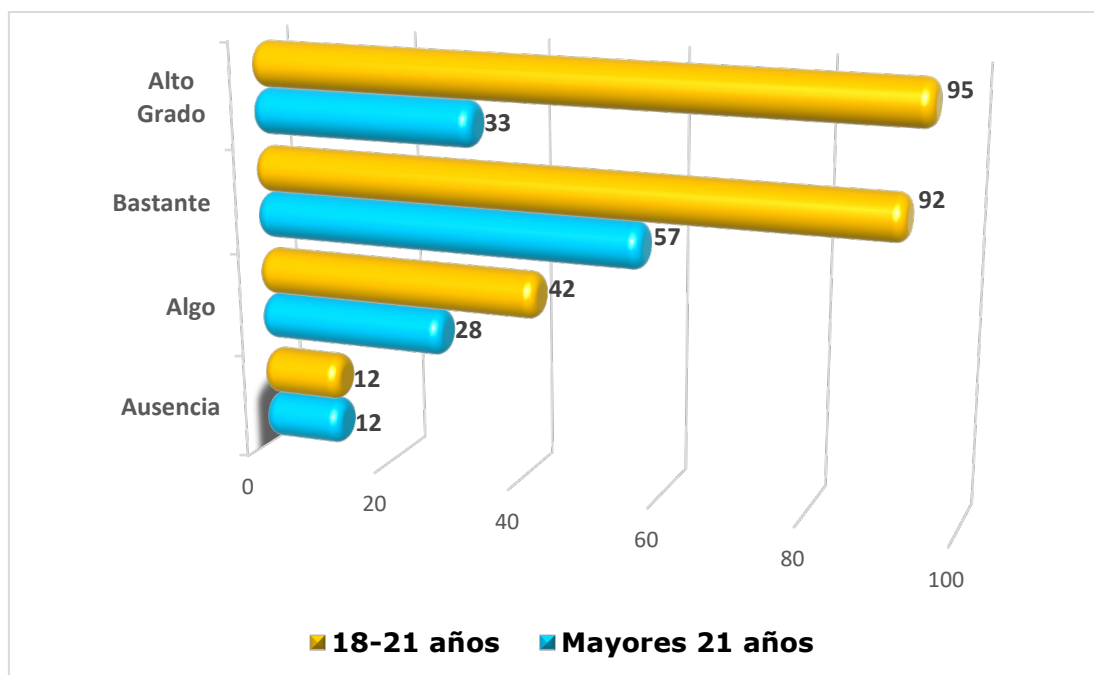
En cuanto al género, es significativo ( $p = 0,001$ ), que las mujeres han respondido a la opción Alto Grado y Bastante (80,5%), mientras que los hombres lo hicieron en un 65,5%. No obstante, es de destacar que en relación a la valoración Alto Grado entre las mujeres el porcentaje asciende de a un 41,6% frente a los hombres en un 23,4%. (Tabla IV en Anexo I).

Gráfico 34. Ítem 7 vs Género.



En cuanto al grupo etario, es significativo ( $p = 0,035$ ), que los menores de 21 años han respondido a la opción en Alto Grado y Bastante en un 77,6%, mientras que los mayores de 21 años representaron el 69,2%, siendo Bastante el porcentaje mayor (43,8%) en este grupo etario. (Tabla IV en Anexo I).

Gráfico 35. Ítem 7 vs Edad agrupada.



### 10.2.7 - Factor 7: Falta de competencia

- Ítem 8 - Tener que realizar procedimientos que puedan resultar dolorosos al paciente.

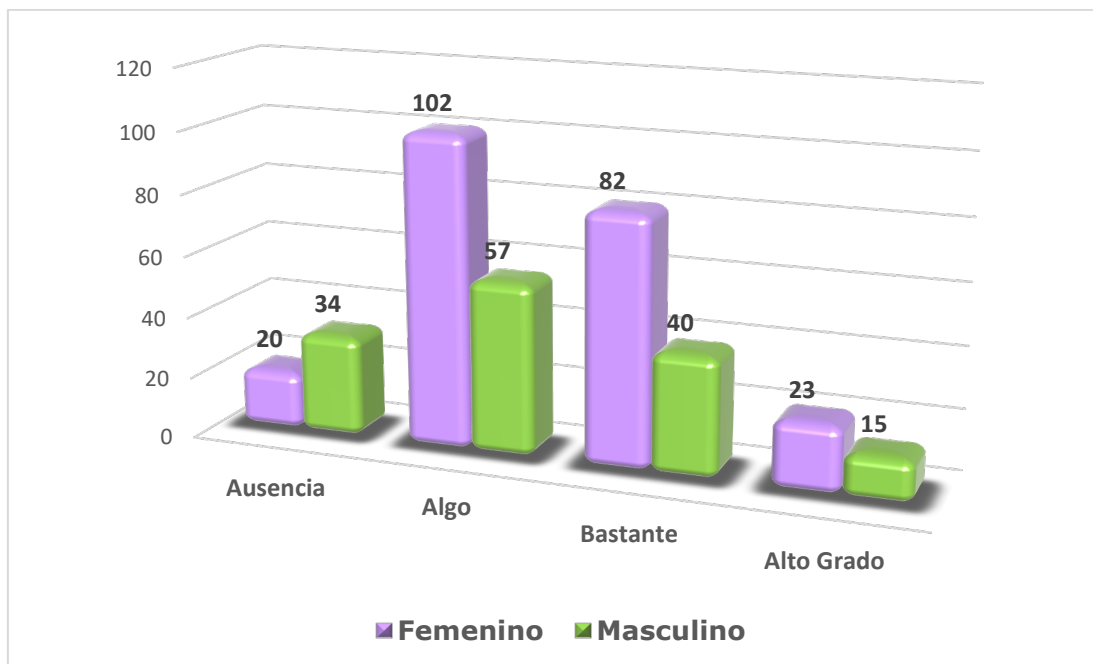
El porcentaje de respuesta más seleccionado por los estudiantes de la muestra ha sido que les preocupa Algo 42,63% ( $n = 159$ ) "*Tener que realizar procedimientos que puedan resultar dolorosos al paciente*"; sumando este valor a Ausencia, obtenemos el 57,11% de tasa de respuesta de la muestra.

Tabla 46. Frecuencias Ítem 8.

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido	Descriptivas	Resultado
Ausencia	54	14,5	14,48	Válidos	373
Algo	159	42,6	<b>42,63</b>	Perdidos	0
Bastante	122	32,7	32,71	Media	1,39
Alto Grado	38	10,2	10,19	Mediana	1,00
NS/NC	0	0		Moda	1
Total	373	100		D. estándar	0,856
				Varianza	0,732

En cuanto al género, es significativo ( $p = 0,001$ ), que los hombres han respondido a la opción Ausencia y Algo (62,3%), mientras que para las mujeres representó el 53,7%. Destaca que en Ausencia el porcentaje de hombres fue de un 23,3% frente al 8,8% de las mujeres (Tabla IV en Anexo I).

Gráfico 36. Ítem 8 vs Género.



- Ítem 13 - Incertidumbre o duda ante la petición de determinadas terapias específicas por parte del paciente o cuidador.

El porcentaje de respuesta más seleccionado por los estudiantes de la muestra ha sido que les preocupa Algo 39,40% (n = 145) la "Incertidumbre o duda ante la petición de determinadas terapias específicas por parte del paciente o cuidador"; sumando los valores de Alto Grado y Bastante, resultan 51,63%.

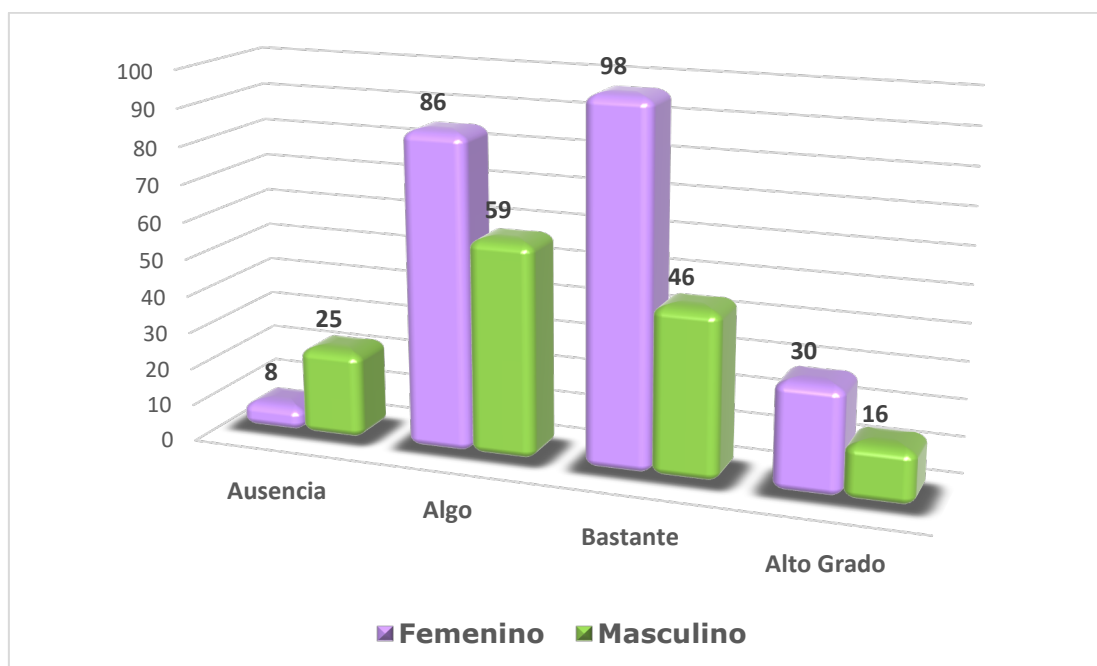
Tabla 47. Frecuencias Ítem 13.

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido
Ausencia	33	8,8	8,97
Algo	145	38,9	<b>39,40</b>
Bastante	144	38,6	39,13
Alto Grado	46	12,3	12,50
NS/NC	5	1,3	
Total	373	100	

Descriptivas	Resultado
Válidos	368
Perdidos	5
Media	1,55
Mediana	2,00
Moda	1
D. estándar	0,824
Varianza	0,679

En cuanto al género, es significativo ( $p = 0,000$ ), que las mujeres han respondido a la opción Alto Grado y Bastante (57,6%), mientras que para los hombres representó el 42,5%. Es no obstante de destacar que para la valoración de Algo los porcentajes en hombres y mujeres fueron muy similares (40,4% vs 38,7%). (Tabla IV en Anexo I).

Gráfico 37. Ítem 13 vs Género.





➤ Ítem 18 - Tener que hablar con el paciente de su sufrimiento.

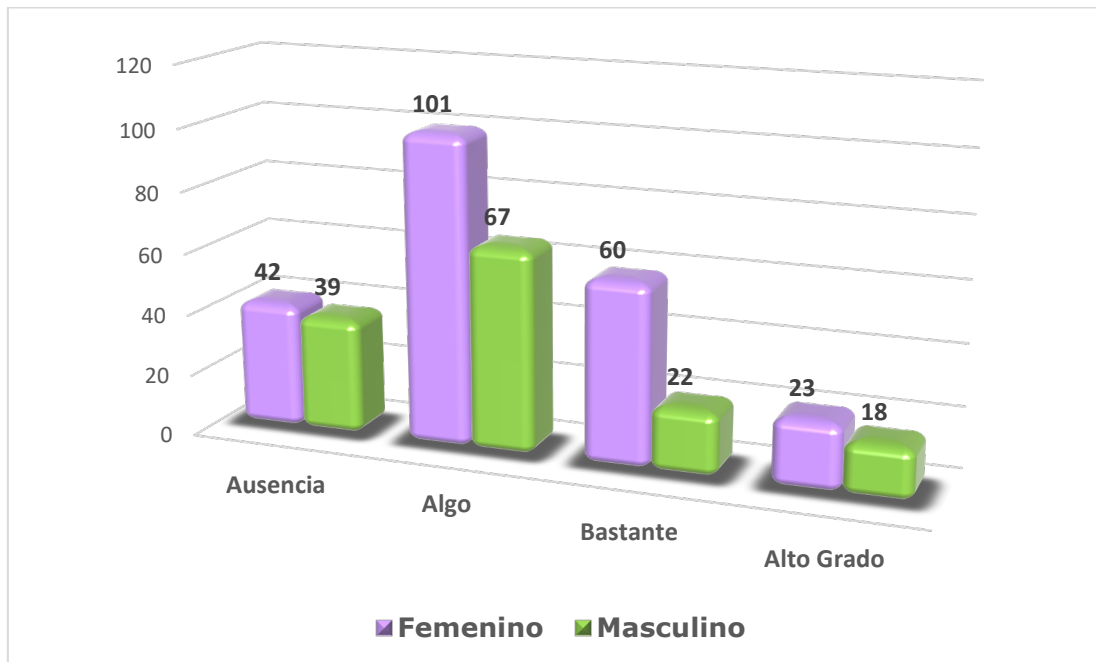
El porcentaje de respuesta más seleccionado por los estudiantes de la muestra ha sido que les preocupa Algo 45,16% ( $n = 168$ ) "*Tener que hablar con el paciente de su sufrimiento*"; sumando Ausencia y Algo obtenemos 66,93% de respuesta como poco preocupante. Es de mencionar, que ha sido el cuarto ítem más valorado como Ausencia, con una media de 1,22.

Tabla 48. Frecuencias Ítem 18.

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido	Descriptivas	Resultado
Ausencia	81	21,7	21,77	Válidos	372
Algo	168	45,0	<b>45,16</b>	Perdidos	1
Bastante	82	22,0	22,04	Media	1,22
Alto Grado	41	11,0	11,02	Mediana	1,00
NS/NC	1	0,3		Moda	1
Total	373	100		D. estándar	0,912
				Varianza	0,831

En cuanto al género, es significativo ( $p = 0,039$ ), que los hombres han respondido a la opción Ausencia (45,9%) y Algo (26,7%), mientras que para las mujeres representaron el 18,6% y 44,7% respectivamente. Por tanto, el mayor porcentaje por género se dio entre los hombres (72,6%) frente al 63,3% en las mujeres. (Tabla IV en Anexo I).

Gráfico 38. Ítem 18 vs Género.



- Ítem 3 - Llevar a cabo la intervención fisioterapéutica con la familia presente.

El porcentaje de respuesta más seleccionado por los estudiantes de la muestra ha sido que les preocupa Algo 39,52% ( $n = 147$ ) la "Llevar a cabo la intervención fisioterapéutica con la familia presente"; sumando este valor a Ausencia, obtenemos el 55,38% de tasa de respuesta de la muestra.

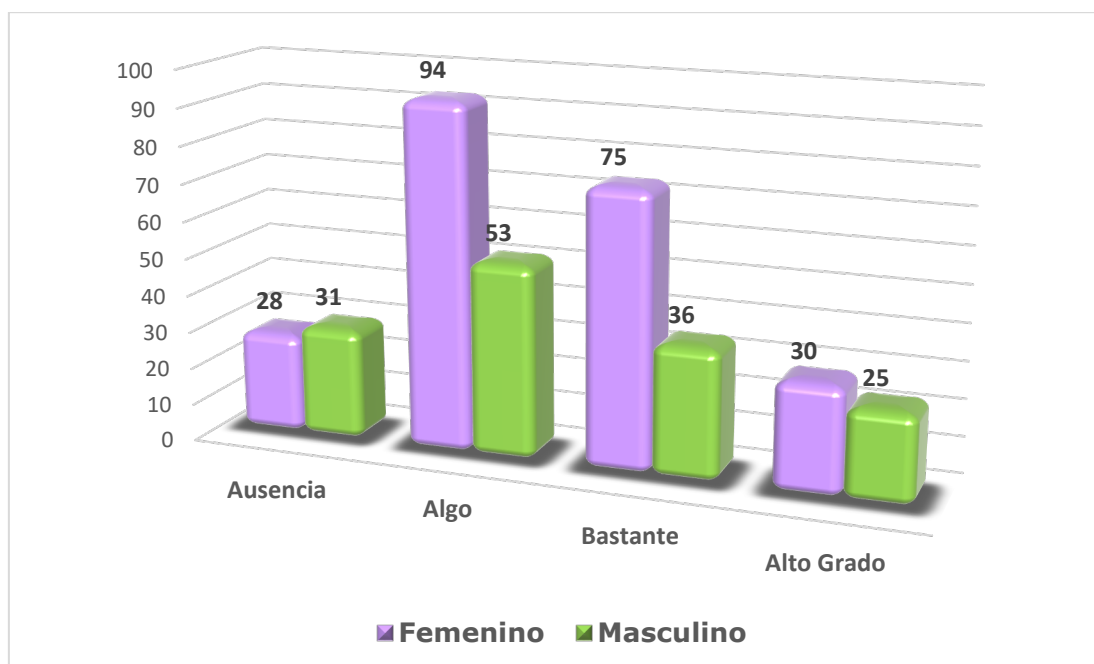
Tabla 49. Frecuencias Ítem 3.

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido
Ausencia	59	15,8	15,86
Algo	147	39,4	<b>39,52</b>
Bastante	111	29,8	29,84
Alto Grado	55	14,7	14,78
NS/NC	1	0,3	
Total	373	100	

Descriptivas	Resultado
Válidos	372
Perdidos	1
Media	1,44
Mediana	1,00
Moda	1
D. estándar	0,928
Varianza	0,861

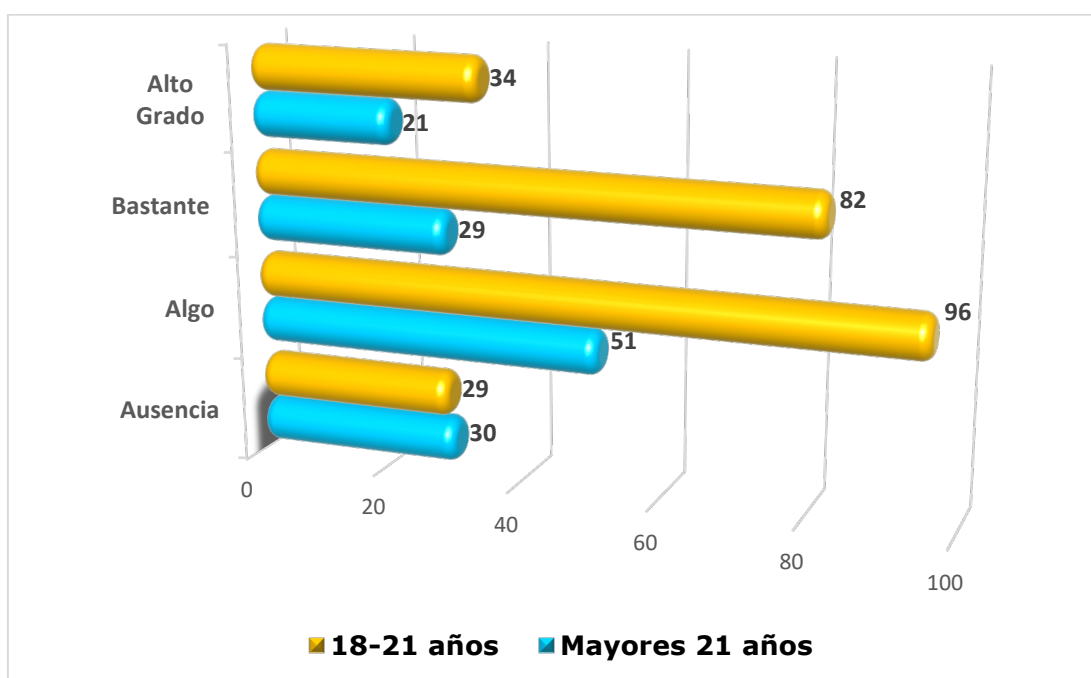
En cuanto al género, es significativo ( $p = 0,045$ ), que los hombres han respondido a la opción Algo (36,6%) y Ausencia (21,4%), mientras que las mujeres lo hicieron en un 41,4% y 12,3% respectivamente. Se destaca que un 33% de las mujeres valoraron este ítem como Bastante, frente al 24,8% de los hombres (Tabla IV en Anexo I).

Gráfico 39. Ítem 3 vs Género.



En cuanto al grupo etario, es significativo ( $p = 0,014$ ), que los menores de 21 años han respondido a la opción en Algo (39,8%) y Ausencia (12%), mientras que los mayores de 21 años lo hicieron en un 38,9% y 22,9% respectivamente. En el grupo de menores de 21 años el 34% eligió la opción Bastante, frente al 22,1% de los mayores. (Tabla IV en Anexo I).

Gráfico 40. Ítem 3 vs Edad agrupada.



### 10.2.8 - Factor 8: Implicación emocional

#### ➤ Ítem 38 - Que me afecten las emociones del paciente.

El porcentaje de respuesta más seleccionado por los estudiantes de la muestra ha sido que les preocupa Algo 39,89% ( $n = 148$ ) la "Que me afecten las emociones del paciente"; sumando este valor a Ausencia, obtenemos el 50,94% de tasa de respuesta de la muestra.

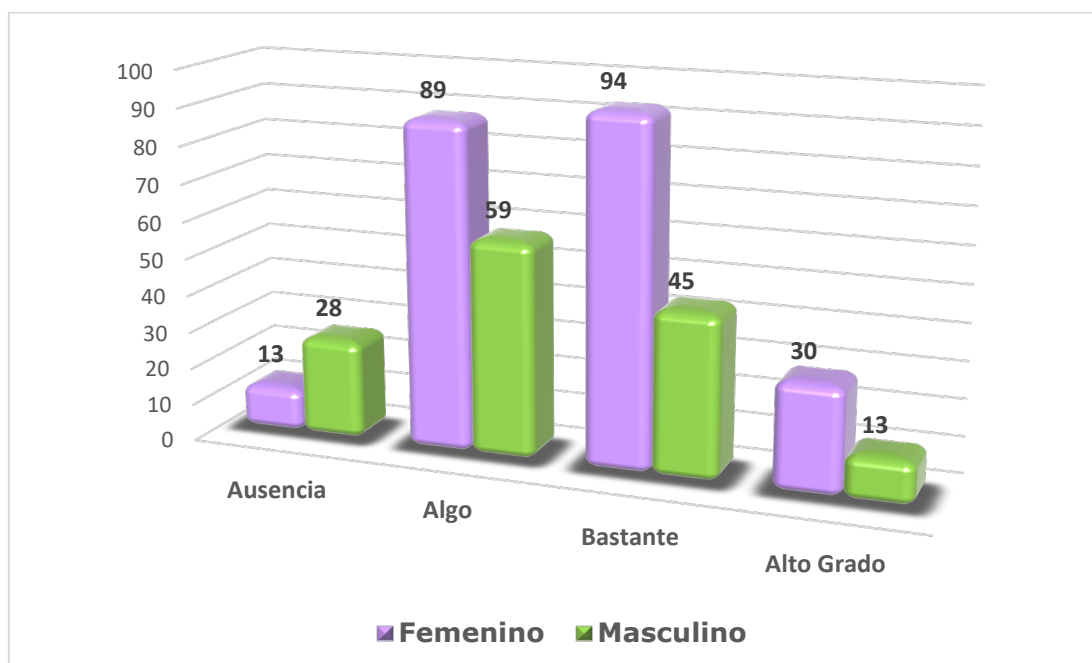
Tabla 50. Frecuencias Ítem 38.

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido
Ausencia	41	11,0	11,05
Algo	148	39,7	<b>39,89</b>
Bastante	139	37,3	37,47
Alto Grado	43	11,5	11,59
NS/NC	2	0,5	
Total	373	100	

Descriptivas	Resultado
Válidos	371
Perdidos	2
Media	1,50
Mediana	1,00
Moda	1
D. estándar	0,839
Varianza	0,705

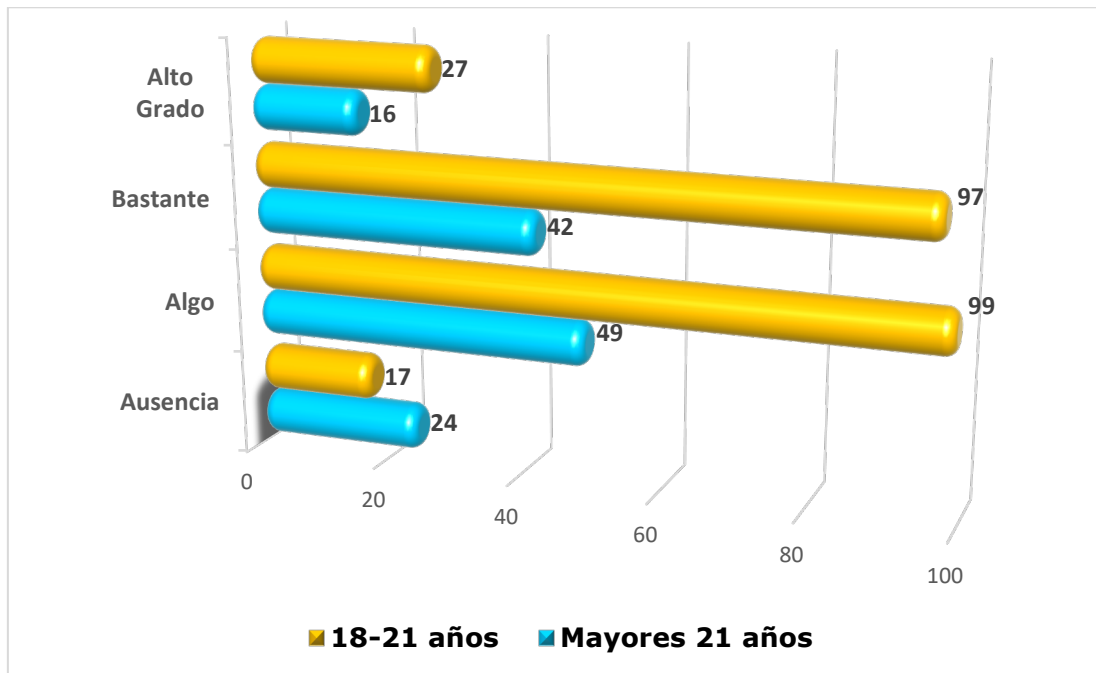
En cuanto al género, es significativo ( $p = 0,000$ ), que las mujeres han respondido a la opción Bastante (41,6%) y Alto Grado (13,3%), mientras que los hombres lo hicieron en un 31% y 9% respectivamente. No obstante, en un porcentaje próximo al 40% (39,4% en mujeres y 40,7% en hombres valoraron este ítem como Algo. (Tabla IV en Anexo I).

Gráfico 41. Ítem 38 vs Género.



En cuanto al grupo etario, es significativo ( $p = 0,009$ ), que los menores de 21 años han respondido a la opción Bastante (40,4%) y Alto Grado (11,3%), mientras que los mayores de 21 años han respondido mayoritariamente Bastante (32,1%) y Alto Grado (12,2%). (Tabla IV en Anexo I).

Gráfico 42. Ítem 38 vs Edad agrupada.



- Ítem 40 - La noticia del fallecimiento de un paciente sometido a tratamiento de Fisioterapia.

El porcentaje de respuesta más seleccionado por los estudiantes de la muestra ha sido que les preocupa en Alto Grado 38,23% ( $n = 138$ ) "La noticia del fallecimiento de un paciente sometido a tratamiento de Fisioterapia"; sumando este valor a Bastante, obtenemos el 72,3% de la muestra les preocupa esta situación.

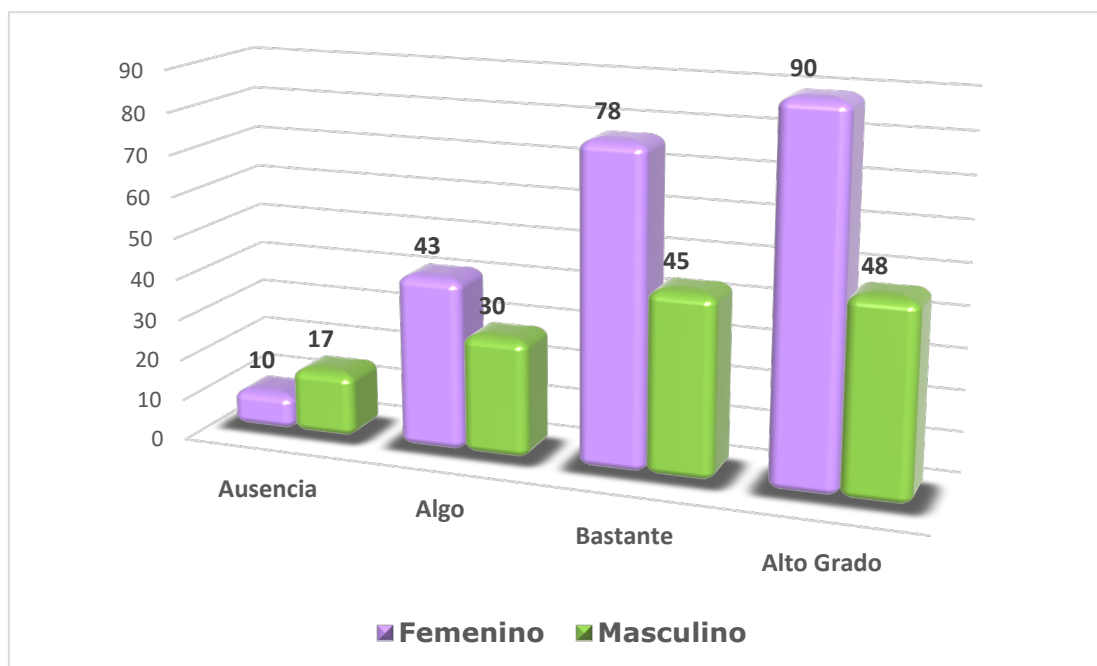
Como se ha comentado en cuestiones previas, este ítem comparte con el 7 ("*Confundirme al elegir y/o aplicar un tratamiento inapropiado*"), la sexta cuestión más valorado como factor predictor de estrés en las prácticas clínicas en Fisioterapia, con una media de 2,03.

Tabla 51. Frecuencias Ítem 40.

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido	Descriptivas	Resultado
Ausencia	27	7,2	7,48	Válidos	361
Algo	73	19,6	20,22	Perdidos	12
Bastante	123	33,0	34,07	Media	2,03
Alto Grado	138	37,0	<b>38,23</b>	Mediana	2,00
NS/NC	12	3,2		Moda	3
Total	373	100		D. estándar	0,941
				Varianza	0,885

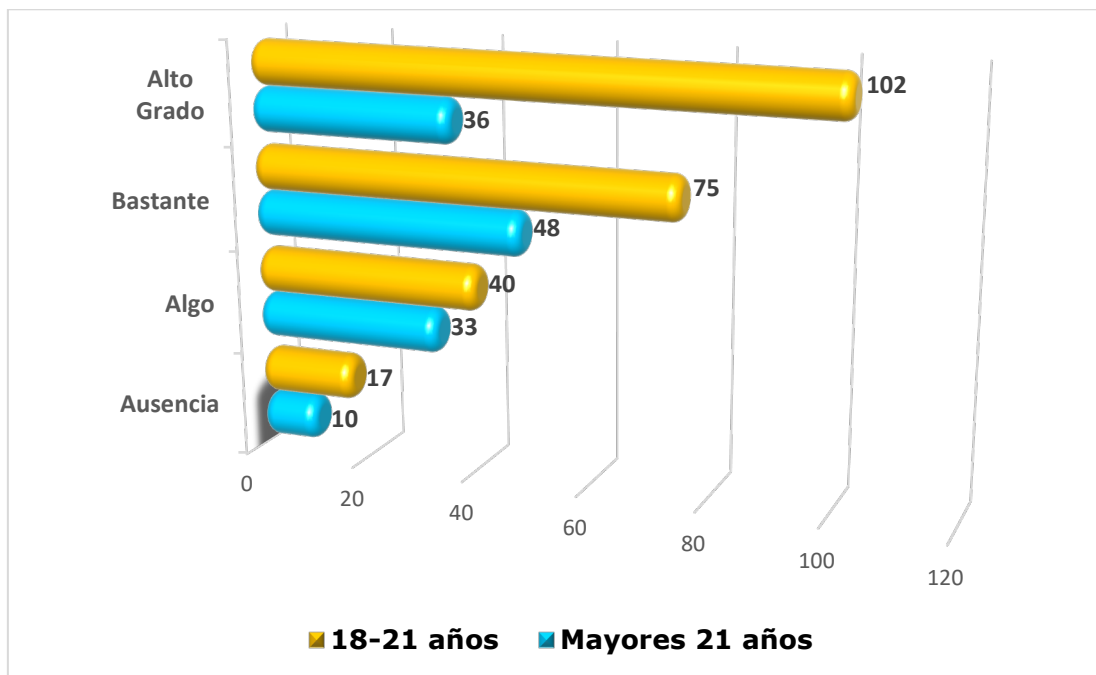
En cuanto al género, es significativo ( $p = 0,046$ ), que las mujeres han respondido a la opción Alto Grado y Bastante (76%), mientras que los hombres lo hicieron en un 66,4%. (Tabla IV Anexo I).

Gráfico 43. Ítem 40 vs Género.



En cuanto al grupo etario, es significativo ( $p = 0,029$ ), que los de 18- 21 años han respondido a la opción en Alto Grado (43,6%) y Bastante (32,1%), mientras que mayoritariamente los mayores han optado por Bastante (37,8%) y Alto Grado (28,3%). (Tabla IV en Anexo I).

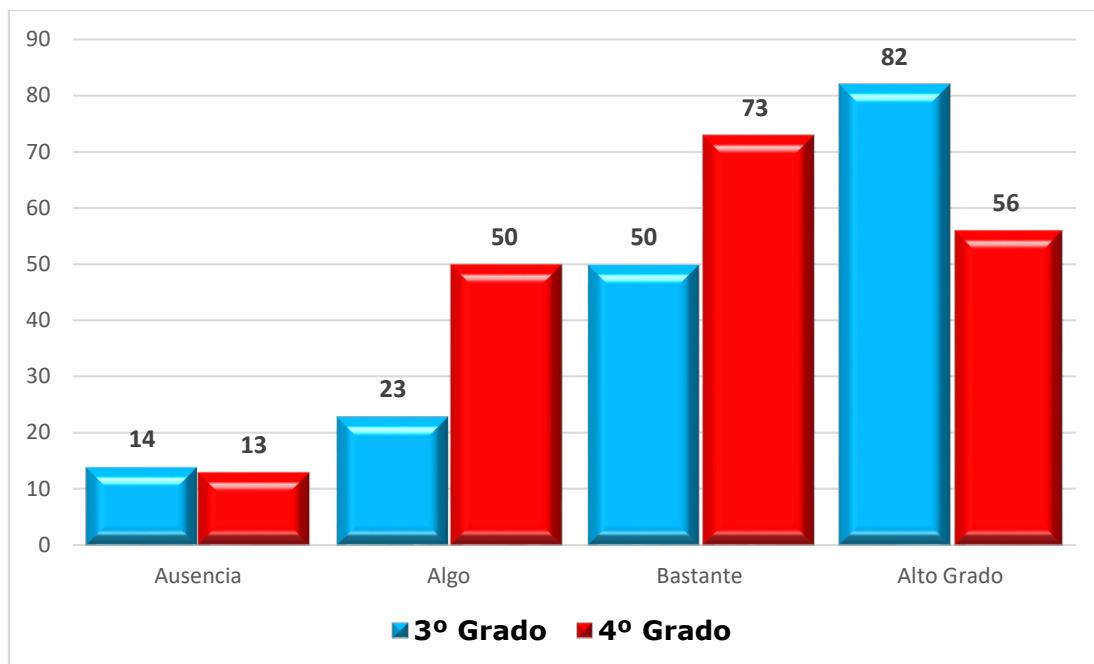
Gráfico 44. Ítem 40 vs Edad agrupada.



En cuanto al curso, es significativo ( $p = 0,000$ ), que los de 3º curso encuentran preocupante en Alto Grado (48,5%) y Bastante (29,6%), en comparación con los mayores de 21 años han respondido mayoritariamente Bastante (38%) y Alto Grado (29,2%). (Tabla IV en Anexo I).



Gráfico 45. Ítem 40 vs Curso.



➤ Ítem 41 - Implicarme demasiado con el paciente.

El porcentaje de respuesta más seleccionado por los estudiantes de la muestra ha sido que les preocupa Bastante 39,24% (n = 144) "*Implicarme demasiado con el paciente*"; sumando este valor a Alto Grado, obtenemos el 55,59% de tasa de respuesta de la muestra.

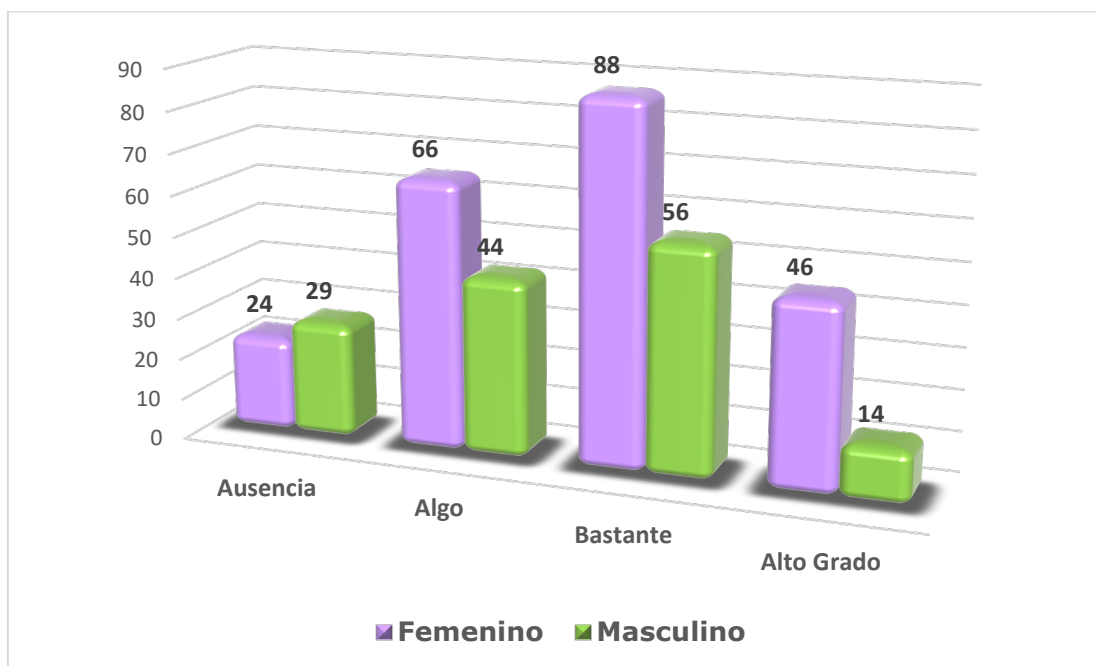
Tabla 52. Frecuencias Ítem 41.

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido
Ausencia	53	14,2	14,44
Algo	110	29,5	29,97
Bastante	144	38,6	<b>39,24</b>
Alto Grado	60	16,1	16,35
NS/NC	6	1,6	
Total	373	100	

Descriptivas	Resultado
Válidos	367
Perdidos	6
Media	1,57
Mediana	2,00
Moda	2
D. estándar	0,929
Varianza	0,863

En cuanto al género, es significativo ( $p = 0,008$ ), que las mujeres han respondido a la opción Bastante (39,3%) y Alto Grado (20,5%), mientras que los hombres han respondido Bastante (39,2%) y Alto Grado (9,8%). La valoración Algo fue elegida por hombres y mujeres con resultado muy similar (30,6% y 29,5%). (Tabla IV en Anexo I).

Gráfico 46. Ítem 41 vs Género.



- Ítem 39 - Ver al paciente que no mejora o incluso, va empeorando a pesar del tratamiento.

El porcentaje de respuesta más seleccionado por los estudiantes de la muestra ha sido que les preocupa Bastante 46,34% ( $n = 171$ ) "Ver al paciente que no mejora o incluso, va empeorando a pesar del tratamiento"; sumando Alto Grado y Bastante (78,59%).

Tabla 53. Frecuencias Ítem 39.

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido	Descriptivas	Resultado
Ausencia	11	2,9	2,98	Válidos	369
Algo	68	18,2	18,43	Perdidos	4
Bastante	171	45,8	<b>46,34</b>	Media	2,08
Alto Grado	119	31,9	32,25	Mediana	2,00
NS/NC	4	1,1		Moda	2
Total	373	100		D. estándar	0,788
				Varianza	0,622

### 10.2.9 - Factor 9: Situaciones complejas

- Ítem 1 - Tener que entenderme con un paciente con problemas de comunicación (afectación u otro idioma).

El porcentaje de respuesta más seleccionado por los estudiantes de la muestra ha sido que les preocupa Algo 46,09% (n = 171) "*Tener que entenderme con un paciente con problemas de comunicación (afectación u otro idioma)*"; sumando este valor a Ausencia, tenemos que el 55,52% de tasa de respuesta de la muestra.

Tabla 54. Frecuencias Ítem 1.

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido	Descriptivas	Resultado
Ausencia	35	9,4	9,43	Válidos	371
Algo	171	45,8	<b>46,09</b>	Perdidos	2
Bastante	129	34,6	34,77	Media	1,45
Alto Grado	36	9,7	9,70	Mediana	1
NS/NC	2	0,5		Moda	1
Total	373	100		D. estándar	0,795
				Varianza	0,632

➤ Ítem 2 - Tener que tratar a un paciente demenciado.

El porcentaje de respuesta más seleccionado por los estudiantes de la muestra ha sido que les preocupa Algo 41,35% (n = 153) "*Tener que tratar a un paciente demenciado*"; sumando este valor a Ausencia, obtenemos que 50,81% e tasa de respuesta de la muestra.

Tabla 55. Frecuencias Ítem 2.

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido
Ausencia	35	9,4	9,46
Algo	153	41,0	<b>41,35</b>
Bastante	133	35,7	35,95
Alto Grado	49	13,1	13,24
NS/NC	3	0,8	
Total	373	100	

Descriptivas	Resultado
Válidos	370
Perdidos	3
Media	1,53
Mediana	1,00
Moda	1
D. estándar	0,840
Varianza	0,705

➤ Ítem 4 - Que se pueda presentar una situación de urgencia.

El porcentaje de respuesta más seleccionado por los estudiantes de la muestra ha sido que les preocupa en Alto Grado 38,54 % (n = 143) "*Que se pueda presentar una situación de urgencia*"; sumando este valor a Bastante, obtenemos que al 71,69% de la muestra les preocupa esta situación. Este ítem representa la sexta cuestión más valorada como factor predictor de estrés en las prácticas clínicas en Fisioterapia, con una media de 2,04.

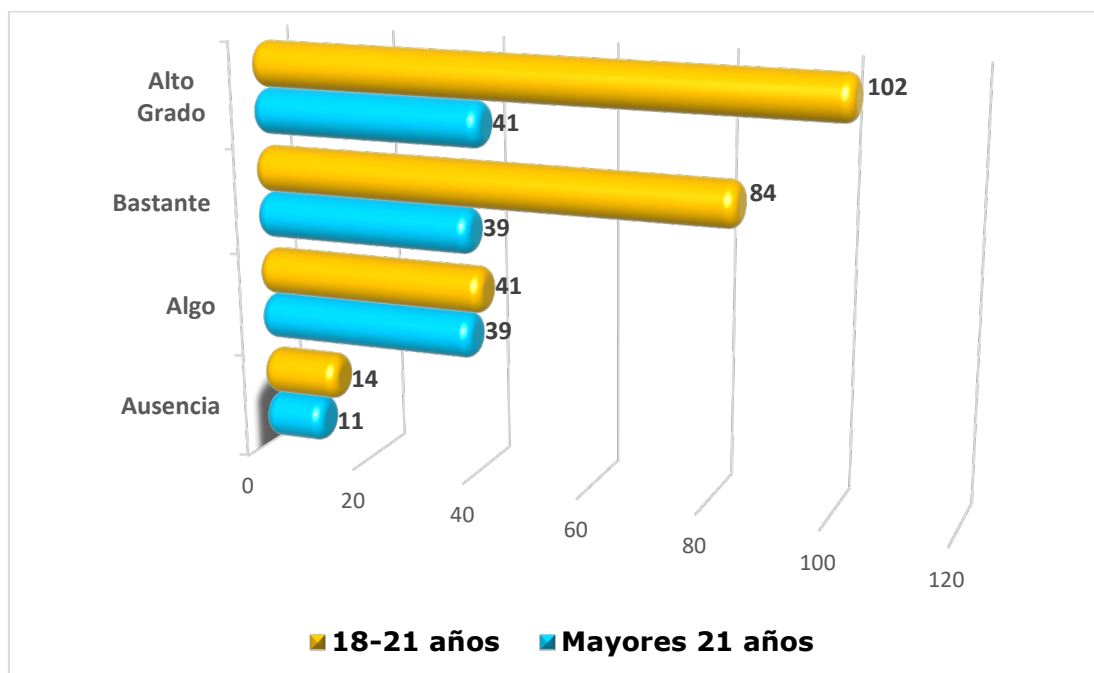
Tabla 56. Frecuencias Ítem 4.

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido
Ausencia	25	6,7	6,74
Algo	80	21,4	21,56
Bastante	123	33	33,15
Alto Grado	143	38,3	<b>38,54</b>
NS/NC	2	0,5	
Total	373	100	

Descriptivas	Resultado
Válidos	371
Perdidos	2
Media	2,04
Mediana	2,00
Moda	3
D. estándar	0,933
Varianza	0,870

En cuanto al grupo etario, es significativo ( $p = 0,014$ ), que los de 18-21 años han respondido a la opción en Alto Grado (42,3%) y Bastante (34,9%), mientras que los mayores lo hicieron en un 31,5% y 30% respectivamente. Es de destacar que en el grupo de mayores optaron por Algo un 30%, frente a un 17% en el grupo etario más joven (Tabla IV en Anexo I).

Gráfico 47. Ítem 4 vs Edad agrupada.



### 10.2.10 - Factor 10: Otras cuestiones

➤ Ítem 28 - El mal estado de higiene del paciente.

El porcentaje de respuesta más seleccionado por los estudiantes de la muestra ha sido que les preocupa Bastante 42,86% (n = 159) "*El mal estado de higiene del paciente*"; sumando este valor a Alto Grado, obtenemos que el 67,39% de la muestra les preocupa esta situación.

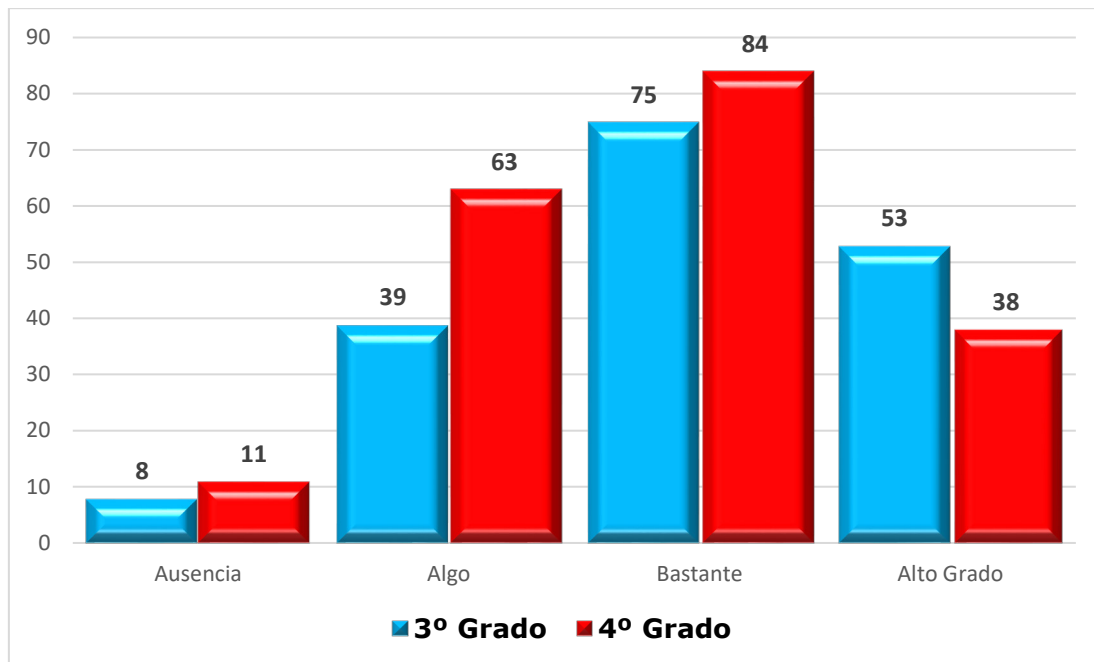
Tabla 57. Frecuencias Ítem 28.

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido
Ausencia	19	5,1	5,12
Algo	102	27,3	27,49
Bastante	159	42,6	<b>42,86</b>
Alto Grado	91	24,4	24,53
NS/NC	2	0,5	
Total	373	100	

Descriptivas	Resultado
Válidos	371
Perdidos	2
Media	1,87
Mediana	2,00
Moda	2
D. estándar	0,842
Varianza	0,710

En cuanto al curso, es significativo ( $p = 0,047$ ), que los de 3º curso han respondido Bastante (42,9%) y Alto Grado (30,3%), mientras que los de 4º curso han respondido Bastante (42,9%) y Algo (19,4%). Es de destacar que para el 32,1% de los alumnos de 4º este ítem fue valorado como Algo frente al 22,3% en los de 3º curso. (Tabla IV en Anexo I).

Gráfico 48. Ítem 28 vs Curso.



- Ítem 50 - La asistencia al centro de prácticas me ocasione dificultad en el desplazamiento, horarios y/o importantes gastos económicos imprevistos.

El porcentaje de respuesta más seleccionado por los estudiantes de la muestra ha sido que les preocupa en Alto Grado 36,12 % (n = 134) "*La asistencia al centro de prácticas me ocasione dificultad en el desplazamiento, horarios y/o importantes gastos económicos imprevistos*"; sumando este valor a Bastante, obtenemos que el 66,04% de la muestra les preocupa esta situación.

Tabla 58. Frecuencias Ítem 50.

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido	Descriptivas	Resultado
Ausencia	38	10,2	10,24	Válidos	371
Algo	88	23,6	23,72	Perdidos	2
Bastante	111	29,8	29,92	Media	1,92
Alto Grado	134	35,9	<b>36,12</b>	Mediana	2,00
NS/NC	2	0,5		Moda	3
Total	373	100		D. estándar	1,002
				Varianza	1,004

### 10.3 - Comparativa de resultados entre factores y variables sociodemográficas/educativas.

En la relación con los factores obtenidos donde se agrupan todos los ítems estudiados y que explican el mayor porcentaje de la varianza se ha realizado el análisis mediante la prueba de Levene de igualdad de varianzas y la T de Student para igualdad de medias.

#### 10.3.1 - Factores vs Género

En el análisis global de predictores de estrés entre los 10 factores y la variable Género ( $p = 0,000$ ), existen diferencias significativas superiores en las mujeres frente a los hombres, resultando que en los factores 1 "Resultar perjudicado en la relación con el paciente o familiares" ( $p = 0,000$ ), 4 "Impotencia e incertidumbre" ( $p = 0,001$ ), 7 "Falta de competencia" ( $p = 0,001$ ) y 8 "Implicación emocional" ( $p = 0,003$ ) las alumnas presentaron una



mayor percepción del estrés que los alumnos, y esta diferencia fue estadísticamente significativa en estos casos. En el caso de género masculino esta significación se dio solo en el factor 9 "Situaciones complejas" ( $p = 0,0034$ ). (Tabla III en Anexo I).

### **10.3.2 - Factores vs Grupo Etario.**

En el análisis global de predictores de estrés entre los 10 factores y la variable edad ( $p = 0,004$ ), existen diferencias significativas superiores al grupo de 18-21 años frente al de los mayores de 21 años, solo en el factor 4 "Impotencia e incertidumbre" ( $p = 0,003$ ). (Tabla III en Anexo I).

### **10.3.3 - Factores vs Curso.**

Existen diferencias significativas superiores al grupo de 3º Curso frente a los de 4º Curso, en los factores 3 "Contacto con pacientes gravemente afectados" ( $p = 0,001$ ), 6 "Perjudicar al paciente" ( $p = 0,017$ ) y en el 10 "Otras cuestiones" ( $p = 0,045$ ). Para los estudiantes de 4º Curso se halla solo en el factor 1 "Resultar perjudicado en la relación con el paciente o familiares" ( $p = 0,028$ ). (Tabla III en Anexo I).



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

## Capítulo 11

### Discusión

#### 11.1 - Discusión general

Teniendo en cuenta los principales resultados de esta investigación, en el presente capítulo se analizarán el significado de los mismos, su nivel de concordancia y diferencias con trabajos anteriores y aquellos aspectos novedosos que no se hayan puesto de relieve en estudios previos. Todo ello en relación a los objetivos específicos, lo que nos permitirá con posterioridad plantear las limitaciones, prospectiva y conclusiones principales de este trabajo.

Para ser coherentes y facilitar la discusión de los resultados, se seguirá el orden de exposición de los mismos, es decir, en primer lugar, se comenzará con los datos sociodemográficos/educativos, y posteriormente por factores e ítems que lo componen.

## 11.2 – Datos sociodemográficos/educativos

Las tres variables sociodemográficas/educativas, que se han relacionado con el resto de variables del estudio, y han mostrado algún tipo de significación han sido: edad, género y curso.

### 11.2.1 – Edad

En nuestro estudio la media de edad se sitúa en el grupo de 18-21 años (64,9%), lo que coincide con el trabajo de Pynor et al. (2004)<sup>153</sup>, aunque en otros estudios que incluyen estudiantes de Fisioterapia la media etaria fue superior<sup>143,145,148,151,154</sup>. Por ello, se observa que nuestros estudiantes mayoritariamente se encuentran en su grupo etario correspondiente a la cronología del curso, al igual que la mayoría de los trabajos con estudiantes de Enfermería, como se indica a continuación.

La edad media de nuestro estudio, en relación a los de Enfermería, coincide con una gran mayoría<sup>108,123-124,126,146-147,179-180,183</sup>, aunque es inferior a otros<sup>125,181-182</sup>.

Tal y como se ha comentado en capítulos anteriores, el ingreso en la vida universitaria, suele llevar implícito un aumento de estrés, que tenderá a ir reduciéndose con la progresión en los estudios.

Coincidiendo con esta idea, y desde un punto de vista general, en nuestro estudio, existen diferencias significativas superiores en el grupo de 18-21 años, de lo que se deduce que, en edades superiores, posiblemente los factores predictores de estrés estén disminuidos. Este dato es similar a lo manifestado por Zupiria et al. (2006)<sup>147</sup>, para estudiantes de Enfermería, según el cual se encuentra mayor estrés entre los más jóvenes en el ámbito de las prácticas clínicas. Así mismo, contemplando los factores predictores en el estrés académico en Ciencias de Salud (Enfermería, Fisioterapia, Podología y Terapia Ocupacional) Casuso (2011)<sup>79</sup> llega a la misma conclusión. Sin embargo, el estudio de García Rodríguez (2013)<sup>123</sup>, no encuentra correlación entre el estrés en estudiantes de Enfermería y la edad.

### 11.2.2 – Genero

La mayoría de los estudiantes en el presente estudio han sido mujeres, coincidiendo con algunos estudios de Enfermería<sup>126,180</sup>; no obstante, en la mayoría de estudios de Fisioterapia<sup>4,145,147-148,151,153,182</sup>, la proporción de mujeres es mayor que la de nuestra muestra.

En nuestro estudio, a nivel global, los predictores de estrés con relación al Género muestran diferencias significativas superiores en las mujeres frente a los hombres. En otros estudios de Fisioterapia<sup>151,153</sup> se muestra la misma tendencia.

Esto mismo ocurre en estudiantes de Enfermería<sup>123,146-147,181</sup> y Medicina<sup>115,117</sup>. Por contra, en otros estudios similares, se muestra una

mayor relación en cuanto al sexo masculino, para el caso de Enfermería y Medicina, como proponen respectivamente Moya et al. (2013)<sup>180</sup> y Rodríguez-Garza et al. (2014)<sup>119</sup>.

### 11.2.3 – Curso

La muestra se sitúa mayoritariamente en 4º curso (52,8%). La comparación con los demás estudios analizados resulta compleja debido a la diversidad de los diseños metodológicos, tanto para los estudios de Fisioterapia, como de Enfermería. Otra dificultad es que un gran número de estudios se centran en Diplomaturas (tres años) o Grados (4 años), pero incluyendo estudiantes de primer curso.

Como muy similar, pero en Enfermería, encontramos el estudio de Basso et al. (2008)<sup>183</sup>, con un porcentaje en el curso intermedio (2º de Diplomatura) de 50,4% y un 49,6% en el último (3º curso). En el estudio de Zupiria et al. (2006)<sup>147</sup>, y Zupiria (2003)<sup>184</sup> se encontró un menor estrés en los alumnos de cursos avanzados comparados con los de cursos previos. Una relación cercana entre porcentajes, en el Grado en Enfermería, la encontramos en el estudio de García Rodríguez (2013)<sup>123</sup>, con un porcentaje de 58,3% de estudiantes de 2º curso (primer contacto con pacientes, equiparable a 3º curso Grado en Fisioterapia), y un 41,7% de alumnos de 3º curso.

En el mismo sentido de la edad, descrito en el apartado primero, en nuestro estudio se ha evidenciado que los alumnos de tercer curso

(supuestamente más jóvenes) muestran mayores diferencias significativas frente a los de 4º curso, aunque no de forma global en todo el cuestionario, sino por factores.

Por el contrario, sí que existen estudios que manifiestan la presencia de mayor estrés entre estudiantes de Enfermería en los últimos cursos, como sugieren Basso et al. (2008)<sup>183</sup>.

En esta misma línea, el estudio de García Rodríguez (2013)<sup>123</sup>, no encuentra correlación entre el estrés en estudiantes de Enfermería y el curso.

## **11.3 – Factores predictores de estrés en las Prácticas Clínicas**

### **11.3.1- Factor 1: Resultar perjudicado en la relación con el paciente o familiares.**

De forma general en la mayoría de los ítems que se incluyen en este factor (25, 26, 37, 36, 27, 23 y 24) se ha encontrado significancia estadística en cuanto al género y concretamente, en el caso de las mujeres y en Alto Grado. En los ítems 29 y 30, aun cuando no significativamente estadístico, sí es de destacar que el porcentaje obtenido por las mujeres es superior al de los hombres.

Todos los ítems de este factor, superan el 50% de valoración entre Bastante - Alto Grado, siendo los ítems 36 y 37 los que más se aproximan a dicho valor. En este mismo sentido, el cálculo de la media de porcentajes del factor ha arrojado una valoración del 67,8% entre Bastante - Alto Grado. Analizando las medias (Tabla V Anexo I) obtenidas en los datos descriptivos, se encuentran tres ítems entre los diez primeros del cuestionario. Así mismo, en el cálculo de la media de los diez factores, el presente ocupa el cuarto lugar, con un valor de 1,89 sobre 3 (Tabla VI Anexo I). Ha resultado significativo en el análisis de muestras independientes en Género (mujer) (Tabla III Anexo I).

Al analizar las respuestas a la pregunta **(25)** "*Recibir una agresión verbal o física por parte del paciente o familiar/cuidador*", este ítem representa la octava cuestión más expresada como posible inductor de estrés en las prácticas clínicas en Fisioterapia, con una media de 2,00. En este sentido se asemeja a lo afirmado por Basso et al. (2008)<sup>183</sup>, donde en su trabajo con estudiantes de Enfermería, sitúa esta cuestión en el sexto lugar.

Entre los posibles estresores con valores más alto según los estudiantes analizados, se sitúa la cuestión **(26)** "*Recibir la denuncia de un paciente o familiares*", que ocupa el primer lugar en nuestro estudio. En este sentido López-Medina y Sánchez-Criado (2005)<sup>146</sup>,

Antolín et al. (2007)<sup>179</sup>, Basso et al. (2008)<sup>183</sup> y García Rodríguez (2013)<sup>123</sup>, lo sitúan entre los diez primeros ítems con valoración más alta. Cabe destacar, que este ítem comparte, junto al **5** ("*Hacer mal*



*mi trabajo y perjudicar al paciente*”) la media más alta del cuestionario (2,27); ambos son indicativos y se pueden interpretar como las situaciones que perciben los estudiantes como más posible estresante.

En cuanto a la cuestión (37) de *“Que un paciente se me insinué”*, en nuestro estudio la diferencia entre los que valoran como Ausencia y Algo o Bastante - Alto Grado es muy reducida, levemente favorable a estas últimas. En este sentido, nos encontramos con opiniones discordantes entre los que consideran este ítem como de los más estresantes McComas et al. (1993)<sup>151</sup> y Pynor et al. (2005)<sup>153</sup>, frente a los que lo consideran poco o nada estresantes, como es el caso de López-Medina y Sánchez-Criado (2005)<sup>146</sup>, Antolín et al. (2007)<sup>179</sup>, García Rodríguez (2013)<sup>123</sup> y López-González et al. (2013)<sup>125</sup>. Por tanto, consideramos que en esta cuestión nuestros resultados están en relativa concordancia con estos estudios.

En la misma línea anterior, cuando los estudiantes eran preguntados por su preocupación ante *“Que el paciente pueda tocar ciertas partes de mi cuerpo”* (36), la mayoría (52,32%), manifestaron que les afectaba nada o poco, siendo significativo que en el caso de las mujeres sí les preocupaba entre Bastante - Alto Grado (55,7%) frente a los hombres (35,4%), por lo que se puede concretar que, en general, a las mujeres les preocupa más que a los hombres que toquen alguna parte de su cuerpo. De hecho, en Zupiria (2003)<sup>184</sup>, aparece como el segundo ítem con valor más bajo (menor preocupación por esta cuestión), en contra de lo que afirma López-Medina y Sánchez-Criado (2005)<sup>146</sup> que lo sitúa como el décimo más alto para Enfermería; para Fisioterapia, McComas et al. (1993)<sup>151</sup> lo califica también como alto.

La novena cuestión más respondida como posible predictor de estrés en las prácticas clínicas en Fisioterapia, con una media de 1,99 ha sido *"Tener que trabajar con pacientes agresivos"* **(27)**. Concretamente las mujeres y los más jóvenes (18-21 años), son los que manifiestan significativamente más alto grado de preocupación, con valores próximos al 80% en ambos casos, frente a aproximadamente algo más del 60% para los demás grupos. No se ha encontrado referencias que hagan alusión a este ítem como importante posible predictor de estrés.

Respondiendo al planteamiento **(29)** de *"Contagiarme a través del paciente"* se ha encontrado un valor alto en nuestro estudio, donde representa la cuarta cuestión más calificada como posible predictor, con una media de 2,05. También lo consideran un aspecto estresante otros autores como García Rodríguez (2013)<sup>123</sup>, García Rodríguez et al. (2014)<sup>182</sup>, Antolín et al. (2007)<sup>79</sup> y Moya et al. (2013)<sup>180</sup>, todos ellos en estudios de Enfermería, no encontrándose esta posibilidad entre los más valorados con estudiantes de Fisioterapia.

Muy relacionado con el ítem anterior, cuando se les preguntó sobre la preocupación de *"Desconocer protocolos de higiene en Hospitales/Centros Sanitarios, especialmente con pacientes portadores de enfermedades infecciosas"* **(30)**, aun siendo uno de los más altamente valorados en el conjunto del cuestionario (decimoprimer), no se ha encontrado significación estadística, ni aparece el mismo en ninguno de los estudios analizados. A pesar de todo ello se considera una importante situación a tener en cuenta en el futuro cuestionario,

dado que más del 70% de nuestra muestra lo considera como Bastante - Alto Grado.

"Que el paciente/cuidador me infravalore, trate mal o menosprecie, por ser alumno en prácticas" (**23**), es otro de los ítems con una calificación alta, próxima al 70%, lo que coincide con el estudio de Basso et al. (2008)<sup>183</sup>, que lo coloca como el quinto aspecto más preocupante para Enfermería; sin embargo, para Moya et al. (2013)<sup>180</sup>, resulta justo lo contrario, al considerarlo como el primer aspecto menos generador de estrés en la misma disciplina. En nuestro estudio las mujeres resultan calificar con una diferencia de un 15% superior (75,1%) a sus homólogos masculinos, siendo un valor significativo. Esta diferencia es ligeramente superior a favor de los estudiantes más jóvenes (18-21 años), lo que mantiene la tendencia mostrada en los estudios analizados.

Para finalizar el análisis de los ítems de este primer factor *donde* se ha planteado "*Tener que afrontar posibles quejas del paciente o familiares*" (**24**), solo Moya et al. (2013)<sup>180</sup>, para Enfermería, lo considera poco estresor, pero, por el contrario, en nuestro estudio los estudiantes de Fisioterapia lo han considerado casi en un 66% con un valor entre Bastante - Alto Grado, especialmente y continuando con la tendencia general, en las mujeres, que superan a los hombres en casi un 18% de alta valoración.

### 11.3.2 - Factor 2: Incoherencia o contradicciones.

De forma general en la mayoría de los ítems que se incluyen en este factor (44, 45, 16, 43, 17, 35 y 42) no se ha encontrado significancia estadística. En cuanto al género, concretamente en el ítem **15** se ha encontrado significancia en el caso de las mujeres y en Bastante - Alto Grado. Para el ítem **33** ha sido significativo en la edad, siendo el colectivo de 18-21 años el que lo valora con mayor puntuación.

Ocho de los nueve ítems de este factor, superan el 50% de valoración entre Bastante - Alto Grado, siendo el ítem **35** el que no llega a este porcentaje; de los que lo superan, solamente tres lo hacen por encima del 70% (**15**, **16** y **45**). En este mismo sentido, el cálculo de la media de porcentajes del factor ha arrojado una valoración del 62,55% entre Bastante - Alto Grado (excluyendo el ítem **35** con 55,74% entre Ausencia y Algo). Analizando las medias (Tabla V Anexo I) obtenidas en los datos descriptivos, no se encuentra ningún ítem entre los diez primeros del cuestionario. Así mismo, en el cálculo de la media de los diez factores, el presente ocupa el sexto lugar, con un valor de 1,71 sobre 3 (Tabla VI Anexo I).

El primero de los ítems (**15**) de este factor, donde se plantea *"No poder dedicarle a cada paciente el tiempo que considero necesario"*, que, junto con el **16** *"Recibir ordenes contradictorias"* comparten la décima cuestión más valorada como posible predictor de

estrés en las prácticas clínicas en Fisioterapia, con una media de 1,98. El citado ítem **15** no figura entre los incluidos en los estudios analizados, ni como muy estresor ni como poco, si bien debería de ser incluido en el cuestionario definitivo ya que un 73% lo considera un importante posible estresor, algo que parece razonable para los estudiantes de Fisioterapia, ya que se encuentran en periodo de formación y requieren más tiempo en la atención a los pacientes. Esta misma cuestión es planteada por Deckard y Present (1989)<sup>150</sup>, al manifestar que, para los propios fisioterapeutas el tiempo asignado a cada paciente es un predictor de estrés.

Ante la cuestión (**44**) "*Que el paciente o la familia no sigan las recomendaciones propuestas (falta de adherencia al tratamiento)*", es de destacar que un 42,5% de los encuestados manifiestan que les preocupa poco o nada, lo que resulta claramente llamativo, dado que es una de las principales metas a alcanzar por los profesionales de la Fisioterapia y forma parte de las reglas más importantes a tener en cuenta desde el inicio de la formación en esta disciplina. Sin embargo, estudios como el de Ferro et al. (2004)<sup>185</sup>, pusieron de manifiesto que más del 50% de los pacientes a nivel nacional e internacional no seguían la adherencia al tratamiento propuesto por los fisioterapeutas, por lo que debería tenerse en cuenta este aspecto, para concienciar a los futuros profesionales de la necesidad de fomentar en los pacientes y familiares su implicación en el proceso de recuperación, tal como se cita en la Orden CIN/2135/2008<sup>162</sup> : "Analizar, programar y aplicar el movimiento como medida terapéutica, promoviendo la participación del paciente/usuario en su proceso".

A pesar de que en nuestro estudio algo más del 70% afirma estar Bastante y Altamente preocupado por "*No contar con los recursos necesarios para un tratamiento adecuado*" (**45**), no se ha hallado en la literatura revisada ningún estudio que lo considere como un posible estresor.

Otra de las cuestiones planteadas (**33**) "*Que no se tengan en cuenta las propuestas de tratamiento del alumno*", y valoradas con un porcentaje a destacar, levemente superior al 50% como Bastante - Alto Grado, solo ha demostrado significación estadística en relación a la edad, a favor del grupo etario más joven, con casi un 30% más. Ninguno de los estudios consultados incluye este ítem entre los más o menos estresores. Sin embargo, resulta que algo más de un 45% de los encuestados manifiestan una preocupación nula o escasa para esta cuestión, cuando una de las competencias de las prácticas tuteladas incluidas en la Orden CIN/2135/2008<sup>162</sup>, especifica: "... permita integrar todos los conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y valores, adquiridos en todas las materias; y se desarrollarán todas las competencias profesionales, capacitando para una atención de Fisioterapia eficaz". Se deduce que, por tanto, los estudiantes deberían mostrarse más preocupados porque sus propuestas de tratamiento, basadas en los conocimientos, habilidades, etc., fueran tenidas en cuenta, y no solo en un 12,8% que lo manifiesta como Alto Grado, como ocurre en nuestra muestra.

Contrariamente a lo indicado en el ítem anterior, en este, "*Recibir órdenes contradictorias*" (**16**), más del 70% de los estudiantes manifiestan presentar una preocupación Bastante y Alta, ocupando la

décima cuestión más señalada del cuestionario, con una media de 1,98. Varios autores como López-Medina y Sánchez-Criado (2005)<sup>146</sup>, Antolín et al. (2007)<sup>179</sup>, Basso et al. (2008)<sup>183</sup>, López-González et al. (2013)<sup>125</sup>, incluyen este ítem entre los diez más estresores en Enfermería. A destacar, igual que en el ítem anterior, que a un porcentaje próximo al 30% les preocupa nada - algo esta cuestión.

*"Tener que realizar otras funciones que no son propias de Fisioterapia"*, incluida en el ítem **43**, es destacada para Walish et al. (1986)<sup>148</sup>, como un alto valor estresor, ocupando el sexto lugar en su investigación con alumnos de Fisioterapia, coincidiendo con nuestro estudio, aunque solo un 52,86% manifestó Bastante-Alto Grado, frente a un 46% que lo hizo en nada o algo.

En relación con *"Las posibles diferencias entre lo que aprendemos en clase y lo que vemos en las prácticas"* (**17**), en nuestro estudio, apenas un 64% indicó estar preocupado en un grado importante, mientras que casi un 36% lo hizo en grado bajo o nulo. Dos estudios, Walish et al. (1986)<sup>148</sup> para Fisioterapia y Labrague (2013)<sup>124</sup> para Enfermería, incluyen este ítem es sus trabajos, como de los más estresores para los alumnos, mientras que otros dos<sup>125,179</sup>, de Enfermería, lo consideran de los menos estresores. Aspecto este que vuelve a resultar llamativo, dado que la coordinación entre los contenidos teóricos y prácticos debería ser la máxima posible y considerarse como un aspecto preocupante muy importante para una gran mayoría, sino casi la totalidad, de los estudiantes.

Valorando el planteamiento de la pregunta **(35)** "*La falta de relación/integración con los compañeros estudiantes de Fisioterapia o del equipo multidisciplinar*", en nuestro estudio los resultados fueron muy equilibrados, aunque levemente superior a Algo - Ausencia. Este sentir es mayoritario en diferentes estudios<sup>108,123-125,179,182-183</sup>, todos ellos de Enfermería, mientras que para otros como Walish et al. (1986)<sup>148</sup> en Fisioterapia y Antolín et al. (2007)<sup>179</sup> para Enfermería, son favorecedores de estrés en las prácticas clínicas.

Para finalizar el análisis de este segundo factor, el ítem **42** abordó "*La sobrecarga en el trabajo*", siendo llamativo en nuestro estudio que un 43% de los estudiantes valorara la preocupación por esta cuestión como nula o escasa, coincidiendo con los estudios de Antolín et al. (2007)<sup>179</sup> y Jiménez et al. (2010)<sup>108</sup>, ambos en Enfermería. Para ellos, representa la primera y segunda cuestión menos favorecedora de estrés en las prácticas clínicas, lo que contradice estudios publicados en Enfermería<sup>180, 183</sup> y Fisioterapia<sup>143</sup>.

### **11.3.3 - Factor 3: Contacto con pacientes gravemente afectados.**

De forma general en la mayoría de los ítems que se incluyen en este factor (20, 19, 21 y 22) se ha encontrado significancia estadística en cuanto al curso (ítems **21** y **22**) y edad (ítem **20**). Concretamente, en el caso de curso, el ítem **21** resulta valorado en mayor proporción por los alumnos de cuarto, mientras que en el **22** el mayor valor es para los de tercero. En cuanto a la edad, los menores de 21 años



tienden a valorar como Bastante preocupante más que los mayores de dicha edad.

Solo un 25% de los ítems superan el 50% de valoración entre Bastante - Alto Grado. En este mismo sentido, el cálculo de la media de porcentajes del factor ha arrojado una valoración del 46,11% entre Bastante - Alto Grado. Analizando las medias (Tabla V Anexo I) obtenidas en los datos descriptivos, se encuentran tres ítems por debajo del valor medio (1,50) del cuestionario, destacando el ítem **22** que supera la media. Por otro lado, los ítems **21** y **19** ocupan el quinto y sexto puesto de menor valor como estresante. Así mismo, en el cálculo de la media de los diez factores, el presente ocupa el octavo lugar, con un valor de 1,45 sobre 3, (Tabla VI Anexo I) resultando significativo en el análisis de muestras independientes en la variable curso (tercer curso) (Tabla III Anexo I).

De los cuatro ítems (20, 19, 21 y 22) que constituyen este factor, los tres primeros presentan porcentajes superiores al 50% en valoración de Ausencia - Algo. Es de mencionar que "*Tratar a un paciente en cuidados intensivo y/o con ayudas externas (ventilación mecánica, sueroterapia, colostomía, etc.)*" (**20**) o "*Ver y/o tratar a un paciente en estado vegetativo/coma*" (**19**), no resulte excesivamente preocupante para la mayoría de los estudiantes. En este sentido es excepcional y estadísticamente significativo que en el ítem 20 los menores de 21 años manifiesten tendencia a resultar Bastante preocupados proporcionalmente superior a la del grupo de mayores.

En todo caso se debe reflexionar sobre el hecho de que se tratan de estados en los que los pacientes pueden requerir muchas ayudas técnicas y encontrarse en un estado de afectación grave, lo que por lógica, haría pensar que el tratamiento de los mismos se presupone más complicado, y por ello estresante, sobre todo para estudiantes.

En relación al ítem **21** "*Tener que tratar a un paciente con heridas, amputaciones, deformaciones, quemaduras, material externo de osteosíntesis, etc.*", aunque en nuestra muestra algo más del 60% de los participantes afirman sentirse poco o nada preocupados, representando el quinto ítem menos predictor de estrés en las prácticas clínicas en Fisioterapia, con una media de 1,27. A los alumnos de tercer curso les preocupa en mayor grado que a los de cuarto, siendo significativa esta circunstancia, lo cual parece lógico al encontrarse los primeros de ellos con menos experiencia que los últimos. Otros estudios como Walish (1986)<sup>148</sup> en Fisioterapia y Zupiria et al. (2006)<sup>147</sup> en Enfermería no coinciden con esta afirmación, al considerarlo entre los más favorables como generadores de estrés; este último especialmente en mujeres.

Finalmente, el ítem **22** "*Tener que tratar a niños gravemente afectados*" preocupa en mayor medida, al igual que en la cuestión anterior, a los alumnos de tercer curso (un 14% más) que a los de cuarto, probablemente por la misma razón expresada anteriormente.

### 11.3.4 - Factor 4: Impotencia e incertidumbre.

De forma general en todos los ítems que se incluyen en este factor (10, 9, 12, 11 y 14) se ha encontrado significancia estadística en cuanto al género; también en cuanto a la edad, salvo en el **9**. Analizando el género, como suele ser habitual, destaca la mujer como mayor perceptora de estrés. En cuanto a la edad, los menores de 21 años tienden a valorar como Bastante preocupante más que los mayores de dicha edad.

Todos los ítems superan el 50% de valoración entre Bastante - Alto Grado. En este mismo sentido, el cálculo de la media de porcentajes de los ítems ha arrojado una valoración del 69,55% entre Bastante - Alto Grado. Analizando las medias (Tabla V Anexo I) obtenidas en los datos descriptivos, se encuentran todos los ítems por encima del valor medio (1,50) del cuestionario, destacando el ítem **10** que ocupa el segundo lugar y el **14** que resulta ser el séptimo. Así mismo, en el cálculo de la media de los diez factores, el presente ocupa

el segundo lugar, con un valor de 1,94 sobre 3 (Tabla VI Anexo I), resultando significativo en el análisis de muestras independientes en la variable género (mujer) y edad (18-21 años) (Tabla III Anexo I).

Ante la pregunta planteada en el ítem **10**, "*Encontrarme en alguna situación sin saber qué hacer*", en nuestro estudio, algo más del 78% califica esta cuestión como Bastante - Alto Grado. Coincidiendo con Delany et al. (2015)<sup>143</sup> (Fisioterapia), al igual que Basso et al.

(2008)<sup>183</sup>, Moya et al (2013)<sup>180</sup>, López-Medina y Sánchez Criado (2005)<sup>146</sup>, Antolín et al. (2007)<sup>179</sup> (Enfermería), que consideran esta cuestión como de los más estresoras. Este ítem 10 en cuanto al género femenino alcanza una diferencia superior en un 15% frente a los hombres, para una valoración Bastante - Alto. En cuanto a la edad, como es habitual, el grupo más joven son los que encuentran este ítem como preocupante en Bastante - Alto Grado.

Es de destacar que, aun no habiéndose encontrado ninguna referencia entre los estudios consultados, en el ítem **9** *"Tener que tratar a un paciente no habiendo podido acceder a la información clínica"*, consta que casi un 31% de los alumnos encuestados opinen que esta cuestión les preocupa solo algo y casi un 7% nada. Resulta incongruente un porcentaje tan alto, sobre todo si se tiene en cuenta que la información clínica es una fuente fundamental previa, para poder plantear un tratamiento adecuado. Esta circunstancia parece indicar que los estudiantes considerarían no demasiado estresante el desconocimiento del estatus clínico del usuario y que las prácticas podrían estar centradas en aplicaciones de tratamientos según lo estipule el tutor, ya que no se entendería que, de "motu proprio", el alumno planteara un tratamiento, desconociendo la información clínica que presente el paciente. Relacionando este ítem con el género, aunque las preocupadas en mayor nivel resultan ser las mujeres, a nivel de baja-nula preocupación son los hombres, en un 46,2%, los que le dan menos valor a esta cuestión.

Siguiendo con el comentario anterior, parece lógico que, si hay un porcentaje importante que no les preocupe el conocimiento de la historia clínica del paciente, haya un porcentaje similar que manifieste

un preocupación baja o nula ante *"Mostrar incertidumbre o no saber cómo abordar en primera instancia y/o progresar en un tratamiento"* en este ítem **12**. No obstante, más de un 64% de la muestra manifiesta estar preocupado en un grado Bastante - Alto, siendo especialmente significativo en las mujeres (68,4%) más que los hombres, y en los menores de 21 años. Otros estudios como el de Zupiria et al. (2006)<sup>147</sup> y Moya et al. (2013)<sup>180</sup>, consideran este ítem como de los más estresores para Enfermería, mientras que en nuestro estudio tiene una posición, en cuanto al valor de media, del vigésimo primer lugar.

En nuestro estudio, *"No saber cómo responder a las preguntas o expectativas de los pacientes y/o sus familiares"* (**11**), representó una puntuación de Bastante - Alto Grado en un 67,84% de la muestra, con especial significación en el caso de las mujeres y menores de 21 años. Comparativamente, se encuentran tres estudios en Enfermería que lo tipifican como un alto valor estresante: Zupiria et al. (2006)<sup>147</sup>, sobre todo en las mujeres también; Antolín et al. (2007)<sup>179</sup> y Jiménez (2010)<sup>108</sup>, este último segundo en importancia como estresor. En sentido contrario, se encuentran otros cuatro estudios, también en

Enfermería: López-Medina y Sánchez-Criado (2005)<sup>146</sup> y Basso et al. (2008)<sup>183</sup>, ocupando para ambos el quinto lugar, Labrague (2013)<sup>124</sup> que lo ubica en el segundo puesto y Khater et al. (2014)<sup>126</sup> lo sitúa en primer puesto también negativo.

Para concluir este cuarto factor, se planteó la premisa de *"Sentir que no puedo ayudar al paciente"* (**14**), siendo el segundo ítem que

más alta puntuación obtuvo de todo este factor detrás del **10**. Podemos indicar que una cuarta parte de la muestra manifestó sentir nada o algo de preocupación al no poder ayudar al paciente. En cuanto al género, la mayor preocupación ante esta cuestión fue manifestada por las mujeres en un porcentaje de casi un 15% más que los hombres, al igual que en los grupos por edad, donde los menores de 21 años lo hacen en un porcentaje similar al anterior. Comparando nuestros resultados con otros estudios todos coinciden en valorar este ítem entre los más estresores como apunta Walish et al. (1986)<sup>148</sup> como único en Fisioterapia; López-Medina y Sánchez-Criado (2005)<sup>146</sup> y Antolín et al. (2007)<sup>179</sup> (ambos lo sitúan en sexto lugar como más estresor) y Jiménez (2010)<sup>108</sup> (tercero más estresor).

### 11.3.5 - Factor 5: Relación con los tutores y centros.

De forma general de todos los ítems que se incluyen en este factor (48, 49, 47, 32, 46, 34 y 31) solo se ha encontrado significancia estadística en cuanto al género (mujer) en el **49**, como poco estresante.

Del total de 7 ítems, solo tres (**32**, **46** y **31**) superan el 50% de valoración entre Bastante - Alto Grado. En este mismo sentido, el cálculo de la media de porcentajes de los ítems ha arrojado una valoración del 47,07% entre Bastante - Alto Grado. Analizando las medias (Tabla V Anexo I) obtenidas en los datos descriptivos, se encuentran que cuatro ítems (48, 49, 47 y 34) se encuentran por debajo de la media, destacando que el **47** es el último del cuestionario

en valoración, precedidos por el **34** y el **49**. Así mismo, en el cálculo de la media de los diez factores, el presente ocupa el último lugar, con un valor de 1,28 sobre 3 (Tabla VI Anexo I).

*"La asistencia a algún centro no bien valorado por los comentarios de los estudiantes"* (**48**) ha sido estimado tanto por lo bajo como por lo alto en nuestro estudio de una forma equilibrada, ya que, los que lo consideran Bastante - Alto Grado estresante, representando menos de la mitad (45,02%), dato este que no concuerda con los trabajos realizados con estudiantes de Fisioterapia. En efecto, tanto Roe-Shaw et al. 2013<sup>154</sup>, como Delany et al. (2015)<sup>143</sup> y Jacob et al. (2016)<sup>145</sup>, sitúan este ítem entre los tres primeros estresores ante las prácticas clínicas de los alumnos de Fisioterapia. En este mismo sentido se manifiestan Basso et al. (2008)<sup>183</sup> y Khater et al. (2014)<sup>126</sup>, pero para la titulación de Enfermería. Por tanto, nuestros resultados en relación con esta cuestión son discordantes con los estudios analizados.

Continuando en la misma línea anterior de circunstancias poco favorecedoras de estrés según los estudiantes encuestados, tenemos este ítem **49** *"Tener que realizar las prácticas en solitario como único alumno"*, que no resulta preocupante para nuestra muestra (72,20%). Solo se ha encontrado significancia estadística en relación al género, concretamente en las mujeres que lo consideran menos estresante que los hombres con una diferencia de un 10% entre ellos, aunque en el caso de valoración alta son los hombres los que obtienen un mayor porcentaje. Por tanto, se puede afirmar que dentro los estudiantes a

los que les preocupa este ítem, a los hombres les preocupa algo más hacer sus prácticas en solitario que a las mujeres.

En otro sentido, al responder a la cuestión (**47**) de *"Tener que realizar prácticas en centros específicos (piscina, centro deportivo, etc.), donde la indumentaria pueda hacerme sentir incomodo/a"*, a las tres cuartas partes de la muestra, les preocupa nada o poco esta actividad. Este mismo porcentaje y valoración se muestra como respuesta ante la cuestión de *"Tener que evaluar al tutor y/o centro"* (ítem **34**).

Si la cuestión planteada era *"Tener que realizar prácticas en un centro en el que inicialmente no empatice con el tipo de pacientes del mismo"* (**46**) el porcentaje (57,45%) se desvía hacia valoraciones Bastante - Alto Grado, coincidiendo con los estudios en alumnos de Fisioterapia de Roe-Shaw et al. (2003)<sup>154</sup> y Jacob et al. (2016)<sup>145</sup> (tercer y segundo lugar de importancia como estresor respectivamente), si bien en nuestro estudio este ítem se ubica en el puesto 28º de las medias.

Finalmente, las cuestiones *"No estar supervisado por el responsable/tutor durante la intervención"* (**32**) y *"Problemas en la relación con el tutor en el centro de prácticas"* (**31**) han sido analizadas en muchos estudios, tanto de Enfermería como de Fisioterapia, resultando en algunos de ellos como un predisponente al estrés por las prácticas clínicas y en otros todo lo contrario.



Para el ítem **32**, relacionado con supervisión por parte del tutor, algo más del 50% de los estudiantes manifestaron estar entre Bastante - Altamente preocupados por la misma, destacándose que a una quinta parte de la muestra no les preocupaba en absoluto este ítem. Lo cual resulta extrañamente llamativo puesto que los estudiantes deben de realizar su aprendizaje clínico bajo la supervisión directa del tutor, tal y como queda determinado en las funciones de los mismos. En esta línea tanto Walish et al. (1986)<sup>148</sup>, Delany et al. (2015)<sup>143</sup> y Jacob et al. (2016)<sup>145</sup>, en sus estudios con alumnos de Fisioterapia, ponen de relieve que la supervisión por el tutor es uno de los factores más estresores en las prácticas clínicas ubicándolos entre los cuatro primeros. Para estudios con alumnos de Enfermería, Basso et al. (2008)<sup>183</sup> coincide en que esta cuestión es de las más estresoras, pero la coloca en el octavo lugar, mientras que Jiménez (2010)<sup>108</sup> la considera la tercera menos estresante. Por tanto de forma general, se podría concretar que sí es un factor estresor para los estudiantes, aunque en nuestro caso haya sido de menor valor.

En cuanto a la relación con el tutor de prácticas (**31**), en el presente estudio se sitúa de forma algo más preferente que el anterior, dado que el porcentaje es casi un 65% en valoración de Bastante - Alto Grado. Se han encontrado ocho estudios que incluyen este ítem entre los estresores de las prácticas clínicas, siete de ellos en estudiantes de Enfermería y solo uno, Delany et al. (2015)<sup>143</sup>, en Fisioterapia. En cuatro<sup>183,124,126,143</sup> se la considera una situación estresora, variando su situación entre el segundo y décimo puesto, mientras que los otros cuatro<sup>146,179,124,182</sup>, la consideran poco o nada estresante, situándola entre el segundo y cuarto.

### 11.3.6 - Factor 6: Perjudicar al paciente

De forma general en todos los ítems que se incluyen en este factor (5, 6 y 7) se ha encontrado significancia estadística. En cuanto al género a favor de la mujer en el **5** y **7**; en cuanto a la edad, a favor del grupo de 18-21 años también en el **5** y **7**. En cuanto al curso (3º curso) en el ítem **5** y **6**.

Todos los ítems superan el 50% de valoración entre Bastante - Alto Grado. En este mismo sentido, el cálculo de la media de porcentajes de ítems ha resultado en una valoración del 73,88% entre Bastante - Alto Grado. Analizando las medias (Tabla V Anexo I) obtenidas en los datos descriptivos, se encuentran todos los ítems por encima del valor medio (1,50) del cuestionario, destacando el ítem **5** que ocupa el segundo lugar (con idéntica media al ítem **26**) y el **7** que resulta ser el octavo (junto al **40**). Así mismo, en el cálculo de la media de los diez factores, el presente ocupa el primer lugar, con un valor de 2.05 sobre 3 (Tabla VI Anexo I), resultando significativo en el análisis de muestras independientes en la variable curso (tercer curso) (Tabla III Anexo I).

En el resultado del análisis de las medias de los ítems del presente estudio, el "*Hacer mal mi trabajo y perjudicar al paciente*" (ítem **5**). En efecto, hacer mal el trabajo y en consecuencia poder dañar al paciente, ha sido uno de los principales estresores según la mayoría de los estudios analizados, solo con estudiantes de Enfermería. Concretamente, en seis<sup>146,179-180,125, 123,182</sup> se lo considera el primer

motivo de estrés en las prácticas clínicas según los estudiantes, aspecto que como se ha dicho anteriormente coincide con nuestro estudio. Solo en el de Khater et al. (2014)<sup>126</sup> se lo sitúa en segundo lugar como uno de los menos estresores.

Significativamente se ha hallado relación entre el ítem **5** y las tres variables sociodemográficas/educativas analizadas. Por género, edades y curso, al igual que en la mayoría de los ítems de este estudio, resultan porcentajes más elevados para las mujeres, menores de 21 años y tercer curso, respectivamente. Más detalladamente, en cuanto al género, las mujeres resultan más preocupadas en niveles altos frente a los hombres que lo hacen en los niveles bajos. En cuanto al curso, destacar que solo en la valoración Alto Grado se encuentra una diferencia porcentual de casi un 15% a favor de los alumnos de tercero, que se muestran mucho más preocupados por hacer mal su trabajo y perjudicar al paciente, lo cual resulta lógico debido a la falta de experiencia e intervención con pacientes reales.

Continuando con la posibilidad de poder dañar al paciente, el ítem **7** aborda la posibilidad de "*Confundirme al elegir y/o aplicar un tratamiento inapropiado*". Este ítem ha resultado ser en todos los estudios consultados, una de la actividad más valorada como situación generadora de estrés en los estudiantes. Estos los sitúan entre el primero y cuarto lugar, aunque en nuestro trabajo se halla colocado en sexto con una media de 2,03 sobre 3 puntos. El único con estudiantes de Fisioterapia fue el llevado a cabo por Walish et al. (1986)<sup>145</sup>, para quien confundirse al elegir o aplicar un tratamiento inapropiado era la primera de las circunstancias que resultaban estresantes para los

alumnos. Los demás estudios, solo con estudiantes de Enfermería lo sitúan algo más alejado de este primer lugar, pero siempre dentro de los cuatro primeros; en concreto: en segundo lugar, lo posicionan López-Medina y Sánchez-Criado (2005)<sup>146</sup>, Antolín et al. (2007)<sup>179</sup>, García Rodríguez (2013)<sup>123</sup> y López-González et al. (2013)<sup>125</sup> y en cuarto lugar Basso et al. (2008)<sup>183</sup>.

La significación para este ítem **7** se encuentra en relación al género (femenino) y en edad a favor de los menores de 21 años.

Y, por último, la posibilidad de "*Alterar psicológicamente al paciente*" planteada en el ítem **6**, resulta al igual que el resto de los ítems de este factor con un valor alto, por encima del 65% en cuanto a precursor de estrés. Aunque en nuestro estudio se sitúa en el ordinal 20º por su media (1,85), se han encontrado tres estudios<sup>146,179,125</sup> en Enfermería que contemplan esta cuestión, ubicándola entre el cuarto y quinto lugar entre los estresores de los alumnos en prácticas clínicas. A pesar de todo ello, es de destacar que para nuestro análisis que, algo más de un tercio de la muestra se muestra nada o algo preocupada por esta cuestión. También resulta significativo que a los alumnos de tercer curso les resulte casi en un 10% más preocupante, en cuanto a Bastante-Alto Grado, circunstancia esta que tiene su lógica fundamentalmente por la menor experiencia y trato personal con los pacientes, que manifiestan frente a los de cuarto.

### 11.3.7 - Factor 7: Falta de competencia.

De forma general en todos los ítems que se incluyen en este factor (8, 13, 18 y 3) se ha encontrado significancia estadística. En cuanto al género a favor de la mujer en valoración alta en el **13** y a favor del hombre, en valoración baja en el **8, 18 y 3**; en cuanto a la edad, solo en el **3** a favor del grupo de mayores de 21 años como poco o nada preocupante en mayor proporción que los más jóvenes.

Solo el ítem **13** supera el 50% de valoración entre Bastante - Alto Grado. En este mismo sentido, el cálculo de la media de porcentajes de los ítems ha arrojado una valoración del 43,05% entre Bastante - Alto Grado. Analizando las medias (Tabla V Anexo I) obtenidas en los datos descriptivos, solo el ítem **13** se encuentra por encima del valor medio (1,50) del cuestionario. Podemos destacar el ítem **18** como el cuarto más bajo. Así mismo, en el cálculo de la media de los diez factores, el presente ocupa el noveno lugar, con un valor de 1,4 sobre 3, (Tabla VI Anexo I), resultando significativo en el análisis de muestras independientes en la variable género (mujer) (Tabla III Anexo I).

Aunque el *"Tener que realizar procedimientos que puedan resultar dolorosos al paciente"* (**8**) puede parecer estrechamente relacionado con los propios del factor anterior (perjudicar al paciente, aplicar un tratamiento adecuado y alterarlo psicológicamente), el análisis factorial reubicó este ítem en este factor **7**, por lo que además de su comentario individual se realizará una comparativa con el referido factor **6**.

Para algo más del 57% de la muestra, resulta ser nada o algo preocupante realizar procedimientos fisioterapéuticos que pudieran provocar dolor al paciente, cuando esta premisa se inculca como básica desde el primer momento en la titulación de Fisioterapia, dado que se debe buscar siempre que sea posible la colaboración del paciente en el proceso, y el dolor se comporta como un “cortocircuito” en la progresión hacia una recuperación funcional.

Resulta enigmático que el hecho de que un alumno realice mal su trabajo y pueda perjudicar al paciente (ítem **5**) haya sido el más valorado como estresante para los estudiantes de Fisioterapia, con un 81% de respuesta Bastante-Alto, así como aplicar un tratamiento inadecuado (ítem **7**) haya sido calificado también como muy alto próximo al 75%, mientras que provocar un dolor al paciente (ítem **8**) haya sido calificado solo con un 43% como Bastante - Alto. Esta aparente discordancia podría deberse a una mala interpretación del ítem en sí (el alumno puede entender que al saber que no puede provocar dolor, no se muestre excesivamente preocupado por inducirlo, lo que mostraría un elevado nivel de autoestima y confianza en el tratamiento que aplica). A pesar de todo ello, el porcentaje de los que opinan que no les preocupa nada en absoluto se aproxima al 15%, dato nada desdeñable. En cuanto a la posibilidad de provocar dolor al paciente, los hombres han respondido significativamente como menos preocupados que las mujeres, incluso con algo más de un 23% de ninguna preocupación, frente a un 9% de esa valoración en las mujeres. Es decir, aun teniendo en cuenta la reducida valoración, a las mujeres les preocupa más que a los hombres.

Continuando con el ítem **8**, todos los estudios encontrados (Enfermería) han incluido esta cuestión. En tres<sup>184,146,179</sup> se lo considera como estresante, situándolos entre los puestos tercero y sexto. Solo el de Basso et al. (2008)<sup>183</sup> es equiparable al nuestro ya que lo considera también como poco estresor, situándolo en el tercer lugar, frente al octavo en el presente estudio.

La *"Incertidumbre o duda ante la petición de determinadas terapias específicas por parte del paciente o cuidador"* se abordó en el ítem **13**, dando como resultado una respuesta equilibrada tanto por lo bajo como por lo alto; en efecto, la mayoría se encuentra en esta ocasión si se combinan los porcentajes de Algo - Bastante (78,53%), ya que si como en los casos anteriores se opta por la agrupación Bastante - Alto Grado el porcentaje se reduce a algo más del 51%. En cuanto al género, el porcentaje de mujeres que han optado por la opción Bastante-Algo es mayor que el de los hombres, en un 15% y en todo caso superior al global. Nuevamente se vuelve a poner en relieve que las mujeres se muestran más preocupadas con valores altos que los hombres.

Tener que hablar con el paciente de su sufrimiento (ítem **18**) y llevar a cabo la intervención fisioterapéutica con la familia presente (ítem **3**), resultan obtener valoraciones bajas como poco generadoras de estrés. El primero de ellos con casi un 67% y el segundo con algo más de un 55% entre Algo - Ausencia. Para estas dos cuestiones solamente se ha encontrado una referencia equiparable entre los estudios consultados, y con estudiantes de Enfermería Antolín et al. (2007)<sup>179</sup>, que sitúa al primero de los ítems (**18**) como el quinto

aspecto menos estresor, mientras que para nuestro estudio es el cuarto, constatándose la coincidencia entre ambos. En cuanto al género, si para el ítem **18** hay una significación estadística a favor de los hombres con un porcentaje de casi un 20% más que las mujeres, en menos preocupante, en el ítem **3**, aunque levemente los hombres también resultan significativos con un porcentaje próximo a un 5% más que las mujeres. Por el grupo etario, solamente se ha encontrado significación esta vez para el grupo de mayores de 21 años como poco o nada, con un 10% más (61,8%) que los menores, lo que podría deberse a que una mayor edad implique una mayor madurez y capacidad para relacionarse en el entorno familiar de paciente.

#### **11.3.8 - Factor 8: Implicación emocional.**

De forma general de los cuatro ítems que se incluyen en este factor (38, 40, 41 y 39) solo en el **39** no se ha encontrado significación. En el resto, en cuanto al género a favor de la mujer en valoración alta los otros tres; en cuanto a la edad, en el **38** y **40** en los menores de 21 años, por lo alto; en cuanto al curso solamente el **40** igualmente por lo alto.

Solo el ítem **38** no supera el 50% de valoración entre Bastante - Alto Grado. En este mismo sentido, el cálculo de la media de porcentajes de los ítems ha resultado una valoración del 63,88% entre Bastante - Alto Grado. Analizando las medias (Tabla V Anexo I) obtenidas en los datos descriptivos, el ítem **38** es el que define la media (1,50) y el resto se encuentran por encima de este. Podemos destacar el ítem **39** como el tercero más alto y el **40** como el sexto del cuestionario. Así mismo, en el cálculo de la media de los diez factores,



el presente ocupa el quinto lugar, con un valor de 1,79 sobre 3 (Tabla VI Anexo I), resultando significativo en el análisis de muestras independientes en la variable género (mujer) (Tabla III Anexo I).

En este factor se pone en relieve el contacto con las emociones y con el nivel más dramático posible (fallecimiento). En cuanto a "*Que me afecten las emociones del paciente*" (**38**), las respuestas porcentuales están muy equilibradas por lo alto y por lo bajo, por lo que en nuestro estudio se sitúa entre los reconocidos como menos estresante (catorce por valoración baja). En un sentido similar pero aún menos estresante (cuarto más bajo) encontramos el estudio de Basso et al. (2008)<sup>183</sup>, aunque por el contrario Zupiria et al. (2006)<sup>147</sup> lo sitúa como el tercero más estresor. Por género, significativamente, las mujeres (55%) siguen en la misma tendencia general de este estudio con un casi 15% más que los hombres, como valor Bastante – Alto Grado. Nuevamente podemos comprobar que los menores de 21 años puntúan algo más que los mayores en Bastante-Alto Grado.

La noticia del fallecimiento de un paciente sometido a tratamiento de Fisioterapia (ítem **40**) como era de esperar (sexto lugar como estresor), preocupa a una gran mayoría de los encuestados, resultando estadísticamente significativo en todos los grupos, mujeres vs hombres, jóvenes vs mayores y tercer curso vs cuarto.

Al igual que el ítem **38**, "*Implicarme demasiado con el paciente*" (**41**), obtiene unas valoraciones muy equilibradas en valores altos (55,59%), si bien las mujeres valoran más alto (59,8%) que los

hombres (49%). En este sentido, el único estudio con estudiantes de Fisioterapia Walish et al. (1986)<sup>148</sup> lo considera como estresante, aunque en el noveno puesto; el resto de estudios<sup>146,179,183,123</sup> con alumnos de Enfermería lo ubican desde el primer al cuarto puesto como poco estresante.

La tercera cuestión más percibida como estresora en las prácticas clínicas en Fisioterapia, con una media de 2,08 fue *"Ver al paciente que no mejora o incluso, va empeorando a pesar del tratamiento"* (**39**), con un porcentaje entre Bastante - Alto Grado de casi el 79%. Aunque es un porcentaje muy reducido casi a título testimonial, cabe resaltar que 11 alumnos participantes (3%), en este estudio hayan informado que no les preocupa en absoluto que el paciente empeore con el tratamiento.

### **11.3.9 - Factor 9: Situaciones complejas.**

De forma general de los tres ítems que se incluyen en este factor (1, 2 y 4) solo en el **4** se ha encontrado significación, en cuanto a la edad, en el grupo de 18-21 años, por lo alto.

Solo el ítem **4** supera el 50% de valoración entre Bastante - Alto Grado. En este mismo sentido, el cálculo de la media de porcentajes de los ítems ha resultado con una valoración del 55,11% entre Bastante - Alto Grado. Analizando las medias (Tabla V Anexo I) obtenidas en los datos descriptivos, el ítem 1 está por debajo de la

media (1,50). Podemos destacar el ítem 4 como el sexto más alto del cuestionario. Así mismo, en el cálculo de la media de los diez factores, el presente ocupa el séptimo lugar, con un valor de 1,67 sobre 3 (Tabla VI Anexo I), resultando significativo en el análisis de muestras independientes en la variable género (hombre) (Tabla III Anexo I).

Ambos ítems (**1** y **2**) "*Tener que entenderme con un paciente con problemas de comunicación (afectación u otro idioma)*" y "*Tener que tratar a un paciente demenciado*" también presentan respuestas muy equilibradas (entre 55% y 50%), pero en valores bajos (Ausencia - Algo). En el caso del ítem **1**, en nuestro estudio se encuentra justo debajo de la media con un valor de 1,45, por lo que cabe calificarlo como poco estresante, circunstancia que coincide con Antolín et al. (2007)<sup>179</sup>, si bien este autor lo sitúa como el segundo elemento menos estresor para Enfermería.

Para el ítem **2**, justo por encima de la media, con un valor de 1,53 no se ha encontrado ninguna referencia en los estudios con que compararlo.

No ocurre lo mismo con el último ítem de este factor, "*Que se pueda presentar una situación de urgencia*" (**4**), que en nuestro caso obtiene casi un 72% en Bastante - Alto Grado, situándose como la quinta circunstancia más estresora, lo cual coincide con cuatro estudios<sup>146,179,183,123</sup> con alumnos de Enfermería, que también lo sitúan entre las posiciones quinta a novena. La única significación encontrada en el presente estudio para este ítem se centra en la edad a favor

nuevamente de los alumnos más jóvenes, probablemente como se ha descrito en ítems anteriores debido a la menor experiencia.

### **11.3.10 - Factor 10: Otras cuestiones.**

De forma general de los dos ítems que constituyen este factor (28 y 50) solo en el **28** se ha encontrado significación, en cuanto al curso (tercero) y por lo alto.

Ambos ítems superan el 50% de valoración entre Bastante - Alto Grado. En este mismo sentido, el cálculo de la media de porcentajes de los ítems ha obtenido una valoración del 66,71% entre Bastante - Alto Grado. Analizando las medias (Tabla V Anexo I) obtenidas en los datos descriptivos, ambos ítems se encuentran por encima de la media (1,50). Así mismo, en el cálculo de la media de los diez factores, el presente ocupa el tercer lugar, con un valor de 1,89 sobre 3 (Tabla VI Anexo I), resultando significativo en el análisis de muestras independientes en la variable curso (tercer curso) (Tabla III Anexo I).

Los dos ítems que conforman este factor, que se ha obtenido por análisis factorial, engloban dos aspectos muy dispares, de ahí que se haya denominado "otras cuestiones". Ambos ítems muestran una valoración entre Bastante - Alto Grado próximas al 66%-67%. El primero de ellos (**28**) "*El mal estado de higiene del paciente*" es solo

---

significativo en relación con el curso (tercer curso) siendo fundamentalmente la opción más señalada la de Bastante (casi 43%).

Para finalizar, el ítem **50** plantea que “La asistencia al centro de prácticas me ocasione dificultad en el desplazamiento, horarios y/o importantes gastos económicos imprevistos” resultando situada en nuestro estudio en el puesto trece de las mas estresoras, si bien otros autores también analizando a estudiantes de Fisioterapia, considerándolo estresor, varían el orden de situación, desde el primer puesto para Jacob et al. (2016)<sup>145</sup>, segundo para Roe-Shaw et al. (2003)<sup>154</sup> y quinto para Walish et al. (1986)<sup>148</sup>.



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

---

## Capítulo 12

### Conclusiones

En base a los objetivos planteados en este estudio enumeramos las siguientes conclusiones:

En cuanto al objetivo específico “Analizar las características sociodemográficas/educativas en los estudiantes de Fisioterapia participantes en la investigación”:

- 1.** De un total de 7 centros Universitarios andaluces donde se imparten asignaturas de prácticas clínicas en la Titulación de Grado en Fisioterapia, han participado seis (87,71%). La población ascendió a 751, siendo la muestra final de 373 (49,66%). El 52,8% de la muestra eran alumnos de cuarto curso.
- 2.** El grupo etario más representativo ha sido el de 18-21 años con un 64,9% (n = 242).
- 3.** La distribución de la muestra de estudio por categoría de género indica que el 60,9% (n = 227) son mujeres.

En cuanto al objetivo específico “Identificar los posibles factores predictores de estrés en las prácticas clínicas en Fisioterapia”:

4. Realizado el análisis factorial del cuestionario, el orden resultante de mayor a menor es el siguiente: Factor 6, 4, 10, 1, 8, 2 (siendo este el que define la media, con un valor de 1,71), 9, 3, 7 y 5. Solo los factores 2 y 5 no han tenido significación estadística.
5. Teniendo en cuenta el cálculo de la media de cada ítem, los diez más valorados en orden decreciente han sido: *"Recibir la denuncia de un paciente o familiares", "Hacer mal mi trabajo y perjudicar al paciente", "Encontrarme en alguna situación sin saber qué hacer", "Ver al paciente que no mejora o incluso, va empeorando a pesar del tratamiento", "Contagiarme a través del paciente", "Que se pueda presentar una situación de urgencia", "La noticia del fallecimiento de un paciente sometido a tratamiento de Fisioterapia", "Confundirme al elegir y/o aplicar un tratamiento inapropiado", "Sentir que no puedo ayudar al paciente" y "Recibir una agresión verbal o física por parte del paciente o familiar/cuidador"*
6. Teniendo en cuenta el cálculo de la media de cada ítem, los 5 menos valorados en orden ascendente han sido: *"Tener que realizar prácticas en centros específicos (piscina, centro deportivo, etc.), donde la indumentaria pueda hacerme sentir incomodo/a", "Tener que evaluar al tutor y/o centro", "Tener que realizar las prácticas en solitario como único alumno", "Tener que hablar con el paciente de su sufrimiento" y "Tener que tratar a un paciente con heridas, amputaciones, deformaciones, quemaduras, material externo de osteosíntesis, etc."*
7. En el Factor: Resultar perjudicado en la relación con el paciente o familiares. *"Recibir la denuncia de un paciente o familiares" (77,94%), seguido de "Contagiarme a través de un paciente"*



(74,38%), son las dos circunstancias de este factor que más les preocupa a los estudiantes, siendo la menor que un "Paciente pueda tocar ciertas partes del cuerpo del estudiante" (47,68%).

**8.** En el Factor: Incoherencia o contradicciones. Siendo la media de los valores altos de este factor de 60,52%, "No poder dedicarle a cada paciente el tiempo que considero necesario" (73,05%), seguido de "Recibir órdenes contradictorias" (71,08%), son las dos circunstancias de este factor que más les preocupa a los estudiantes, siendo la menor la "Falta de relación/integración con los compañeros estudiantes de Fisioterapia o del equipo multidisciplinar" (44,26%).

**9.** En el Factor: Contacto con pacientes gravemente afectados. Aunque la media de los valores altos de este factor es de 51,47%, "Tener que tratar a un paciente con heridas, amputaciones, deformaciones, etc. es la circunstancia de este factor que más les preocupa a los estudiantes, siendo la menor "Ver y/o tratar a un paciente en estado vegetativo/coma".

**10.** En el Factor: Impotencia e incertidumbre. Siendo la media de los valores altos de este factor de 69,55%, "Encontrarme en alguna situación sin saber que hacer" (78,71%) es la circunstancia de este factor que más les preocupa a los estudiantes, siendo la menor "Tener que tratar a un paciente no habiendo podido acceder a la información clínica" (62,39%).

**11.** En el Factor: Relación con los tutores y centros. Siendo la media de los valores altos de este factor de 42,55%, los "Problemas en la relación con el tutor en el centro de prácticas"

(64,87%) es la circunstancia de este factor que más les preocupa a los estudiantes, siendo las dos menores "Tener que realizar prácticas en centros específicos ..." y "Tener que evaluar al tutor y/o centro", ambos con un (24,93%).

- 12.** En el Factor: Perjudicar al paciente. Siendo la media de los valores altos de este factor de 73,88%, "Hacer mal mi trabajo y perjudicar al paciente" (81,5,71%) es la circunstancia de este factor que más les preocupa a los estudiantes, siendo la menor "Alterar psicológicamente al paciente" (62,39%).
- 13.** En el Factor: Falta de competencia. Aunque la media de los valores altos de este factor es de 42,23%, "Incertidumbre o duda ante la petición de determinadas terapias específicas por parte del paciente o cuidador" (48,37%) es la circunstancia de este factor que más les preocupa a los estudiantes, siendo la menor "Tener que hablar con el paciente de su sufrimiento" (33,07%).
- 14.** En el Factor: Implicación emocional. Siendo la media de los valores altos de este factor de 69,55%, "Ver al paciente que no mejora o incluso, va empeorando a pesar del tratamiento" (78,59%) es la circunstancia de este factor que más les preocupa a los estudiantes, siendo la menor "Que me afecten las emociones del paciente" (63,88%).
- 15.** En el Factor: Situaciones complejas. Aunque la media de los valores altos de este factor es de 55,02%, "Que se pueda presentar una situación de urgencia" (71,69%) es la circunstancia de este factor que más les preocupa a los estudiantes, siendo la menor "Tener que tratar a un paciente demenciado" (49,19%).

- 16.** En el Factor: Otras cuestiones. Siendo la media de los valores altos de este factor de 66,71%, “El mal estado de higiene del paciente” (67,39%) es la circunstancia de este factor que más les preocupa a los estudiantes, siendo la menor “La asistencia al centro de prácticas me ocasione dificultad en el desplazamiento, horarios ...” (66,04%).

En cuanto al objetivo específico “Correlacionar las variables sociodemográficas/educativas con los posibles factores predictores de estrés.”

En relación a los factores y variables sociodemográficas/educativas

- 17.** Factores vs Género: se aprecian diferencias significativas superiores en las mujeres para los Factores 1, 4, 7 y 8, mientras que para los hombres se sitúa solo en el 9.
- 18.** Factores vs Edad: se aprecian diferencias significativas superiores en el grupo de 18-21 años para el Factor 4.
- 19.** Factores vs Curso: se aprecian diferencias significativas superiores en los alumnos de tercer curso para los Factores 3, 6 y 10, mientras que para los de cuarto curso se sitúa solo en el 1.
- 20.** Factor 1: Todos los ítems presentan significación estadística en valor alto, en relación al género (mujer), mientras que para la edad (18-21 años) solamente es significativo en los ítems 27 y 23.

- 21.** Factor 2: Presentan significación estadística en valor alto, en relación al género (mujer) en el ítem 15, y a la edad, (18-21 años) en el ítem 33.
- 22.** Factor 3: Presentan significación estadística en valor bajo, la edad, (18-21 años) en el ítem 20 y valor alto en relación al curso (tercero) en los ítems 21 y 22.
- 23.** Factor 4: Todos los ítems presentan significación estadística en valor alto en relación al género (mujer), mientras que para la edad (18-21 años) el 10, 12, 11 y 14.
- 24.** Factor 5: Solamente presenta significación estadística en valor medio en género (hombre). En general todos los valores son bajos.
- 25.** Factor 6: Todos los ítems presentan significación estadística en valor alto, en relación al género (mujer), ítems 5, 6 y 7; para la edad (18-21 años) los ítems 5 y 7. Finalmente para curso (tercero) los ítems 5 y 6.
- 26.** Factor 7: Todos los ítems presentan significación estadística en valor bajo en cuanto a poca preocupación; por parte de los hombres, ítems 3, 8, 13 y 18; en cuanto a la edad (mayores de 21 años) ítem 3.
- 27.** Factor 8: Presentan significación estadística en valor alto, en relación al género (mujer) en el ítem 38,40 y 41; en cuanto a la edad, (18-21 años) en el ítem 38 y 40. En cuanto al curso (tercero) ítem 40.
- 28.** Factor 9: Solamente presenta significación estadística en valor alto en edad (18-21 años) el ítem 4.
- 29.** Factor 10: Solamente presenta significación estadística en valor alto en curso (tercero) el ítem 28.

- 30.** A modo de conclusión final, los resultados del presente estudio nos permiten afirmar en general que las mujeres, los menores de 21 años y los alumnos de tercer curso, son los que manifiestan percibir mayores factores predictores de estrés en relación a las prácticas clínicas del Grado en Fisioterapia.



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

## Capítulo 13

### Limitaciones

En el desarrollo del presente trabajo de investigación se consideran las siguientes limitaciones:

1. Dificultad para la generalización de los resultados de la población de estudiantes universitarios del Grado en Fisioterapia debido al número de sujetos participantes (373) frente a la población total (802), que debería ser mayor en estudios posteriores.
2. La proporcionalidad en cuanto al género en nuestra muestra es casi de un 20% en favor de las mujeres, frente a la representada por la población real, donde es apenas de un 3%; esta diferencia puede haber influido en algunos de los resultados, por lo que sería deseable que dicha proporcionalidad se mantuviera en estudios posteriores.
3. Respecto al instrumento utilizado, hay que ser conscientes de las limitaciones que presentan los cuestionarios con formato de autoinforme.
4. La dificultad en la obtención de los cuestionarios en los distintos centros universitarios que han participado en este estudio, llegando en dos de ellos a una muy baja participación y en un tercero nula.
5. La falta de disponibilidad de cuestionarios validados para analizar factores estresantes en los estudiantes de Fisioterapia, aunque sí existe un cuestionario validado para Enfermería (KEZKAK), por lo que en muchos casos se ha usado como comparativo, a pesar de las diferencias propias de ambas disciplinas.



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA



## Capítulo 14

### Prospectiva

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el presente estudio, cabe plantearse futuras líneas de investigación o prospectiva, en relación con el mismo:

- 1.** Validar el cuestionario definitivo para el estrés en las prácticas clínicas de los estudiantes de Fisioterapia.
- 2.** Que la muestra fuera mayor y más proporcionada en género, a fin de que, en estudios posteriores, se pudieran conseguir resultados más extrapolables y acordes con la población total de estudiantes de Fisioterapia en relación con las practica clínicas en Andalucía.
- 3.** Ampliar la población de estudios a otros centros universitarios nacionales e internacionales.
- 4.** Dar a conocer los resultados de estos estudios con el fin de poder tomar las posibles medidas de intervención que fueran necesarias.



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

## Capítulo 15

### Resumen

En el presente estudio se ha planteado la necesidad de conocer los posibles factores predictores de estrés en las prácticas clínicas en Fisioterapia, con el fin de, una vez identificados, poder elaborar una herramienta útil para medir el estrés en este aspecto tan importante del desarrollo curricular del Grado en Fisioterapia.

La población objeto de estudio viene determinada por todos aquellos estudiantes universitarios matriculados en el curso 2016-2017 en cualquiera de los cursos del Grado en Fisioterapia donde se impartan las asignaturas de prácticas clínicas, en la Comunidad Autónoma de Andalucía. La muestra estuvo compuesta por estudiantes, distribuidos en alumnos de tercer y cuarto curso matriculados en las asignaturas de prácticas clínicas de las Universidades de Almería, Cádiz, Jaén, Málaga, Sevilla y el Centro de Estudios Universitarios Francisco Maldonado de Osuna (adscrito a la Universidad de Sevilla). La distribución por género estuvo compuesta por 227 mujeres y 146 hombres. La muestra final participante ha estado compuesta de 373 participantes, correspondiendo al 49,66% del total de la población.

Este estudio responde a un diseño observacional transversal de naturaleza analítica o inferencial, siendo la fuente de información básica la descripción obtenida por medio de un cuestionario.

Se ha creado un cuestionario tipo Likert con 4 respuestas desde "Ausencia" hasta "Alto Grado" con una posibilidad de responder no sabe no contesta, dividido en dos secciones, la primera (12 ítems) hace referencia a datos sociodemográficos y socioeducativos y la segunda compuesta de 50 ítems con posibles factores predictores de estrés durante las prácticas clínicas.

Se ha comprobado la fiabilidad y validez del cuestionario empleado, con un alfa de Crombach de 0,955. Las variables de resultados se han analizado mediante indicadores de tendencia central e indicadores de dispersión. Para las comparaciones de resultados entre grupos y el análisis de correlación, se han los ítems mediante Chi cuadrado de Pearson y entre factores la prueba de Levene para igualdad de varianzas y T-Student para comparación de igualdad de variables.

Como conclusión podemos destacar que:

Los diez supuestos clínicos que los alumnos han manifestado sentir preocupación y pueden ser desencadenantes de estrés ante las prácticas clínicas en Fisioterapia han sido por orden de importancia:

1. *"Recibir la denuncia de un paciente o familiares"*
2. *"Hacer mal mi trabajo y perjudicar al paciente"*
3. *"Encontrarme en alguna situación sin saber qué hacer"*
4. *"Ver al paciente que no mejora o incluso, va empeorando a pesar del tratamiento"*
5. *"Contagiarme a través del paciente"*
6. *"Que se pueda presentar una situación de urgencia"*
7. *"La noticia del fallecimiento de un paciente sometido a tratamiento de Fisioterapia"*
8. *"Confundirme al elegir y/o aplicar un tratamiento inapropiado"*
9. *"Sentir que no puedo ayudar al paciente"*
10. *"Recibir una agresión verbal o física por parte del paciente o familiar/cuidador"*

Por otro lado, los cinco supuestos clínicos que los alumnos han manifestado sentir poca preocupación ante las prácticas clínicas en Fisioterapia han sido por orden de importancia:

1. *"Tener que realizar prácticas en centros específicos (piscina, centro deportivo, etc.), donde la indumentaria pueda hacerme sentir incomodo/a",*
2. *"Tener que evaluar al tutor y/o centro",*
3. *"Tener que realizar las prácticas en solitario como único alumno",*
4. *"Tener que hablar con el paciente de su sufrimiento"*

5. *"Tener que tratar a un paciente con heridas, amputaciones, deformaciones, quemaduras, material externo de osteosíntesis, etc."*

Y como conclusión final podemos afirmar que, en general las mujeres, los menores de 21 años y los alumnos de tercer curso, son los que manifiestan percibir mayores factores predictores de estrés en relación a las prácticas clínicas del Grado en Fisioterapia.



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA



## Referencias bibliográficas

1. Brougham RR, Zail CM, Mendoza CM, Miller JR. Stress, sex differences, and coping strategies among college students. *Curr Psychol*. 2009 Jun;28(2):85–97. doi: 10.1007/s12144-009-9047-0
2. Park CL, Edmondson D, Lee J. Development of selfregulation abilities as predictors of psychological adjustment across the first year of college. *J Adult Dev*. 2012 Mar; 19(1):40–9. doi: 10.1007/s10804-011-9133-z
3. González Ramírez MT, Landero R. Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicosomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;23(1):7-18.
4. Zupiria X, Uranga MJ, Alberdi MJ, Barandiaran M. KEZKAK: Cuestionario Bilingüe de Estresores de los Estudiantes de Enfermería en las Prácticas Clínicas. *Gac Sanit*. 2003 Ene-Feb;1(17):37-51.
5. Cooper CL, Dewe, P. *Stress. A brief history*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd; 2004.
6. Mendiola J. *El manejo del estrés académico en estudiantes universitarios: una propuesta de intervención*. Tesis doctoral. Universidad Nacional Autónoma de México; 2010.
7. Cox T. *Stress*. London: The Macmillan Press; 1987.
8. Lumsden DP. (1981). Is the concept of “stress” of any use, anymore? En: Randall D. (ed.) *Contributions to Primary Prevention in Mental Health: Working Papers*. Toronto: Toronto National Office of the Canadian Mental Health Association; 1981.
9. Ivancevich JM, Matteson MT. *Estrés y trabajo: Una perspectiva gerencial* (2ª ed.). México: Trillas; 1989
10. Cassidy T. *Stress, Cognition and Health*. London: Routledge; 1999.

- 11.** Monat A, Lazarus RS. *Stress and Coping*. (3ª ed.) New York: Columbia University Press; 1981.
- 12.** Selye H. The stress concept: Past, present and future. En Cooper CL (ed.) *Stress Research: Issues for the Eighties*. Chichester: John Wiley and Sons; 1983.
- 13.** Selye H. The evolution of the stress concept. *Am Sci*. 1973 Nov-Dec;61(6):692-9.
- 14.** Doublet S. *The Stress Myth*. Australia: Ipsilon Publishing; 2000.
- 15.** Mason JW. 1972: Organization of Psychoendocrine Mechanisms: A review and reconsideration En Greenfield NS, Sternbach RA (eds.) *Handbook of Psychophysiology*. New York: Holt, Rinehart and Winston Inc; 1972.
- 16.** Cannon W. New evidence for sympathetic control of some internal secretions. *Am J Psych*. 1922 Jul;79(1):15-30. doi: 10.1176/ajp.79.1.15.
- 17.** Kiecolt-Glaser JK, Glaser R, Strain EC, Stout JC, Tarr KL, Holliday JE et al. Modulation of cellular immunity in medical students. *J Behav Med*. 1986 Feb;9(1):5-21.
- 18.** Szabo S, Tache Y, Somogyi A. The legacy of Hans Selye and the origins of stress research: A retrospective 75 years after his landmark brief "Letter" to the Editor of Nature. *Stress*. 2012 Sep;15(5): 472–78.
- 19.** Selye H. *Stress in health and disease reading*. Massachusetts: Butterworth-Heinemann Ltd; 1976.
- 20.** Selye, H. (1960). *La tensión en la vida*. Buenos Aires: Compañía General Fabril; 1960.
- 21.** Pereyra M. Estrés y salud. En Oblitas LA (ed.). *Psicología de la salud y calidad de vida* (3ª ed.) México: Cengage Learning Editores; 2010.
- 22.** Real Academia Española de la Lengua. *Diccionario de la lengua española*. 21ª ed. Madrid; 2011. Estrés.
- 23.** Galimberti U. *Diccionario de Psicología*. México: Siglo veintiuno editores; 2002. Estrés.

- 24.** Cosacov V. *Diccionario de Términos Técnicos de la Psicología*. 3ª ed. Argentina: Editorial Brujas; 2007. Stress.
- 25.** Consuegra N. *Diccionario de psicología*. 2ª ed. Bogotá: Ecoe Ediciones; 2010. Estrés.
- 26.** Mosby. *Diccionario Mosby de Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud I*. 6ª ed. Madrid: Elsevier-Mosby; 2003. Estrés.
- 27.** Lazarus RS, Folkman S. *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca; 1986.
- 28.** Sapolsky RM. *¿Por qué las cebras no tienen úlcera? La guía del estrés*. Madrid: Alianza Editorial; 1995.
- 29.** Fernández-Abascal EG. El Estrés. En Fernández- Abascal EG, Jiménez Sánchez MP, Martín Díaz MD. *Emoción y motivación. La adaptación humana II*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces; 2003
- 30.** Everly GS. *A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response*. Nueva York: Plenum; 1989.
- 31.** Girdano D, Dusek D, Everly GS. *Controlling stress and tension*. San Francisco: Pearson Benjamin Cummings; 2009.
- 32.** Widmaier EP, Raff H, Strang KT. *Vander's human physiology: The mechanisms of body function*. Boston: McGraw-Hill Higher Education; 2008.
- 33.** Lazarus RS, Cohen JB. Environmental stress. En Altman I, Wohlwill JF (Eds.). *Human behaviour and the environment: Current theory and research*. New York: Plenum; 1977
- 34.** Sandín B. El estrés un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Int J Clin Health Psychol*. 2003;3(1); 141-57.
- 35.** Kirtz S, Moos RH. Physiological effects of social environments. *Psychosom Med*. 1974 Mar-Apr;36(2):96-114.
- 36.** Kanner AD, Coyne JC, Schaefer C, Lazarus RS. Comparison of two modes of stress measurement: daily hassles and uplifts versus major life events. *J Behav Med*. 1981 Mar;4(1):1-39.

- 37.** Jones F, Bright J. *Stress: Myth, theory and research*. Nueva York: Prentice-Hall; 2001.
- 38.** Chiriboga DA. The measurement of stress exposure in later life. En Markides KS, Cooper CL (Eds.) *Aging, stress and health*. London: Wiley; 1989.
- 39.** Elliot, GR, Eisdorfer C. *Stress and human health: Analysis and implications for research*. New York: Springer; 1982.
- 40.** Labrador F. *El estrés. Nuevas técnicas para su control*. Madrid: Temas de Hoy; 1992.
- 41.** Cannon WB. Organization for physiological homeostasis. *Physiol Rev*. 1929;9:399–31.
- 42.** Seyle H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1998 Spring;10(2):230-1.
- 43.** Franco Taboada MV. *La medición del estrés en contextos académicos en estudiantes universitarios*. Tesis doctoral. Universidad da Coruña; 2015.
- 44.** Selye H. *Selye's guide to stress research I*. New York: Van Nostrand Reinhold; 1980.
- 45.** Crespo M, Labrador FJ. *Estrés*. Madrid: Síntesis. 2003.
- 46.** Gutiérrez D. El síndrome de burnout en alumnos de educación secundaria. *Inv. Educ. Duranguense*. 2009; 5(10):26-35.
- 47.** Crespo M, Labrador FJ. Evaluación y tratamiento del estrés. En Buceta JM, Bueno MA, Mas B. (ed.) *Intervención psicológica y salud: Control del estrés y conductas de riesgo*. Madrid: Dykinson; 2001.
- 48.** Romero Martín M. *Implicaciones de la respuesta de estrés sobre el proceso de estudio en estudiantes de Ciencias de la Salud*. Tesis doctoral. Universidad da Coruña; 2008.
- 49.** Lazarus RS. *Estrés y Emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2000.
- 50.** Polo A, Hernández JM, Pozo C. Evaluación del estrés académico en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*. 1996;2(2-3):159-72.

- 51.** Tao S, Dong Q, Pratt MW, Hunsberger B, Pancer SM. Social support: Relations to coping and adjustment during the transition to university in the People's Republic of China. *J Adolescent Res.* 2000 Jan;15(1):123-44. doi:10.1177/0743558400151007.
- 52.** Arnett JJ. Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties. *Am Psychol.* 2000 May;55(5):469-80. doi: 10.1037//0003-066X.55.5.469
- 53.** Arnett JJ. Emerging adulthood in Europe: A response to Bynner. *J Youth Stud.* 2006 Feb;9(1), :111-23. Doi: 10.1080/13676260500523671
- 54.** Reifman A, Arnett JJ, Colwell MJ. Emerging adulthood: Theory, assessment, and application. *J Youth Dev.* 2007 Jul; 2(1). doi: 10.5195/JYD.2007.359
- 55.** Erikson E. *El Ciclo Vital Completado*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica; 2000.
- 56.** Fisher S. *Stress and Perception of Control*. London: Lawrence Erlbaum. 1984.
- 57.** Hudd S, Dumlao J, Erdmann-Sager D, Murray D, Phan E, Soukas N et al. Stress at college: effects on health habits, health status and self-esteem. *Coll Stud J.* 2000 Jun;34(2): 217-27.
- 58.** Fisher S. Stress in Academic Life. *The Mental Assembly Line*. London: Society for Research into Higher Education and Open University Press; 1986.
- 59.** Fisher S, Hood B. The stress of the transition to university: A longitudinal study of psychosocial disturbance, absent-mindedness and vulnerability to homesickness. *Br J Psychol.* 1987 Nov;78 (Pt 4):425-41. Doi: 10.1111/j.2044-8295.1987.tb02260.x
- 60.** Wagner BM, Compas BE. Gender, instrumentality, and expresivity: Moderators of the relation between stress and psychological symptoms during adolescence. *Am J Community Psychol.* 1990 Jun;18(3):383-406. doi: 10.1007/BF00938114

- 61.** García A, Escalera M. El estrés académico ¿Una consecuencia de las reformas educativas del nivel medio superior? *Rev Electron Psicol Iztacala*. 2011;14(3):156-75.
- 62.** Ticona S, Paucar G, Llerena G. Nivel de estrés y estrategias de afrontamiento en estudiantes de la Facultad de Enfermería – UNAS. Arequipa 2006. Universidad Nacional de San Agustín. *Enferm Glob*. 2010 Jun;19(2):1-18.
- 63.** Thurber, C. A., y Walton, E. A. (2012). Homesickness and adjustment in university students. *Journal of American College Health*, 60, 415-419.
- 64.** Corominas E. La transición a los estudios universitarios. Abandono o cambio en el primer año de Universidad. *Rev Inv Educ*. 2001;19(1):127-51.
- 65.** Misra R, McKean M. College students' academic stress and its relationship to their anxiety, time management, and leisure satisfaction. *Am J Health Stud*. 2000;16(1):41-51.
- 66.** Gupchup GV, Borrego ME, Konduri N. The impact of student life on health related quality of life among doctor of pharmacy students. *Coll Student J*. 2004 Jun;38(2):292-301.
- 67.** Calais SL, Carrara K, Brum MM, Batista K, Yamada JK, Santos JR. Stress en calouros e veteranos de jornalismo. *Estud Psicol*. 2007 Jan-Mar;24(1):69-77. doi:10.1590/S0103-166X2007000100008
- 68.** García-Valcárcel A, Blanco LS, y Zubieta JC. Elementos para un análisis evaluativo de la universidad. El caso de la Universidad de Cantabria. La investigación educativa sobre la Universidad: Actas de las jornadas 31 Mayo - 1 Junio 1990, Madrid.
- 69.** Sax, LJ. Our incoming students: ¿What are they like? *About Campus*. 2003 Jul-Aug; 8(3):15-20.
- 70.** Pierceall EA, Keim MC. Stress and coping strategies among community college students. *Community Coll J Res Pract*. 2000 Oct;31(9):703-12. Doi: 10.1080/10668920600866579

- 71.** Lawson TJ, Fuehrer A. The role of social support in moderating the stress that first-year graduate students experience. *Education*. 1989 Dec;110(2):186-93.
- 72.** Jackson P. *Life in classrooms*. New York: Holt, Rinehart and Winston. 1968.
- 73.** Caballero CC, Abello R, Palacio J. Relación del burnout y el rendimiento académico con la satisfacción frente a los estudios en estudiantes universitarios. *Av Psicol Latinoam*. 2007 jul-Dic;25(2):98-111.
- 74.** Feldman L, Goncalves L, Chacón-Puignau GC, Zaragoza J, Bagés N, De Paulo J. Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Univ Psychol*. 2008; 7(3):739-51.
- 75.** Romero M. *Implicaciones de la respuesta de estrés sobre el proceso de estudio en estudiantes de Ciencias de la Salud*. Tesis Doctoral. España: Universidad de A Coruña; 2009.
- 76.** Abouserie R. Sources and levels of stress in relation to locus of control and self-esteem in university students. *Journal Educ Psychol*. 1994;14(3):323-30. doi: 10.1080/0144341940140306
- 77.** Splanger G, Pekrun R, Kramer K, Hofmann H. Students' emotions, physiological reactions, and coping in academic exams. *Anxiety Stress Copin*. 2002 Jan; 15(4): 413-32. doi: 10.1080/1061580021000056555
- 78.** Muñoz García FJ. *El estrés académico. Problemas y soluciones desde una perspectiva psicosocial*. Huelva: Universidad de Huelva Publicaciones; 2004.
- 79.** Casuso MJ. *Estudio del estrés, engagement y rendimiento académico en estudiantes universitarios de ciencias de la salud*. Tesis doctoral. Universidad de Málaga; 2011.
- 80.** Jones B, Frydenberg E. Who needs help and when: coping with the transition from school to university. *Annual Conference of the*



*American Educational Research Association*. 19-23 April 1999, Montreal: Canadá.

**81.** Ryan TE. Minor Hassles in Community Collage Student Life. *Community Coll J of Res Prac*. 2009;33(6):502-9. Doi: 10.1080/10668920802487760

**82.** González Doniz, ML. *Estudio de metas académicas y estrés en estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud*. Tesis doctoral. Universidad de A Coruña; 2008.

**83.** Tucker B, Jones S, Mandy A, Gupta R. Physiotherapy students' sources of stress, perceived course difficulty, and paid employment: comparison between Western Australia and United Kingdom. *Physiother Theory Pract*. 2006;22(6):317-28. Doi: DOI: 10.1080/09593980601059550

**84.** Dahlqvist V, Söderberg A, Norberg A. Dealing with stress: patterns of self-comfort among healthcare students. *Nurse Educ Today*. 2008 May;28(4):476-84. doi: 10.1016/j.nedt.2007.07.010

**85.** Omigbodun OO, Odukogbe AT, Omigbodun AO, et al. Stressors and psychological symptoms in students of medicine and allied health professions in Nigeria. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006 May;41(5):415-21. doi: 10.1007/s00127-006-0037-3

**86.** Dutta AP, Pyles MA, Miederhoff PA. Stress in health professions students: Myth or reality? A review of the existing literature. *J Natl Black Nurses Assoc*. 2005 Jul;16(1):63-8.

**87.** Radcliffe C, Lester H. Perceived stress during undergraduate medical training: A qualitative study. *Med Educ*. 2003 Jan;37(1):32-8. doi: 10.1046/j.1365-2923.2003.01405.x

**88.** Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among US and Canadian medical students. *Acad Med*. 2006 Apr;81(4):354-73. doi: 10.1097/00001888-200604000-00009



- 89.** Finkelstein C, Brownstein A, Scott C, Lan YL. Anxiety and stress reduction in medical education: an intervention. *Med Educ.* 2007 Mar;41(3):258-64. doi: 10.1111/j.1365-2929.2007.02685.x
- 90.** Al-Dabal BK, Koura MR, Rasheed P, Al-Sowielem L, Makki SM. A comparative study of perceived stress among female medical and non-medical university students in Dammam, Saudi Arabia. *Sultan Qaboos Univ Med J.* 2010 Aug;10(2):231-40.
- 91.** Al-Lamki L. Stress in the Medical Profession and its roots in Medical School. *Sultan Qaboos Univ Med J.* 2010 Aug;10(2):156-9.
- 92.** Westerman GH, Grandy TG, Ocanto RA, Erskine CG. Perceived sources of stress in the dental school environment. *J Dent Educ.* 1993 Mar;57(3):225-31.
- 93.** Sanders AE, Lushington K. Effect of perceived stress on student performance in dental school. *J Dent Educ.* 2002 Jan;66(1):75-81.
- 94.** Burk DT, Bender DJ. Use and perceived effectiveness of student support services in a first-year dental student population. *J Dent Educ.* 2005 Oct;69(10):1148-60.
- 95.** Pau A, Rowland ML, Naidoo S, AbdulKadir R, Makrynika E, Moraru R. Emotional intelligence and perceived stress in dental undergraduates: A multinational survey. *J Dent Educ.* 2007 Feb;71(2):197-204.
- 96.** Murphy RJ, Gray SA, Sterling G, Reeves K, DuCette J. A comparative study of professional student stress. *J Dent Educ.* 2009 Mar;73(3):328-37.
- 97.** Abu-Ghazaleh SB, Rajab LD, Sonbol HN. Psychological stress among dental students at the University of Jordan. *J Dent Educ.* 2011 Aug;75(8):1107-14.
- 98.** Pryjmachuk S, Richards DA. Predicting stress in pre-registration nursing students. *Br J Health Psychol.* 2007 Feb;12(Pt 1):125-44. doi: 10.1348/135910706X98524
- 99.** Watson R, Deary I, Thompson D, Li G. A study of stress and burnout in nursing students in Hong Kong: A questionnaire survey. *Int*

*J Nurs Stud.* 2008 Oct;45(10):1534-42. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2007.11.003

**100.** Watson R, Gardiner E, Hogston R, Gibson H, Stimpson A, Wrate R, Deary I. A longitudinal study of stress and psychological distress in nurses and nursing students. *J Clin Nurs.* 2009 Jan;18(2):270-8. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02555.x

**101.** Nerdrum P, Rustoen T, Ronnestad MH. Psychological Distress Among Nursing, Physiotherapy and Occupational Therapy Students: A Longitudinal and Predictive Study. *Scand J Educ Res.* 2009;53(4):363-78. doi: 10.1080/00313830903043133

**102.** Everly JS, Poff DW, Lamport N, Hamant C, Alvey G. Perceived stressors and coping strategies of occupational therapy students. *Am J Occup Ther.* 1994 Nov-Dec;48(11):1022-8.

**103.** Graham C, Babola K. Needs assessment of non-traditional students in physical and occupational therapy programs. *J Allied Health.* 1998 Fall-Winter;27(4):196-201.

**104.** Walsh JM, Feeney C, Hussey J, Donnellan C. Sources of stress and psychological morbidity among undergraduate physiotherapy students. *Physiotherapy.* 2010 Sep;96(3):206-12. doi: 10.1016/j.physio.2010.01.005

**105.** Francis K, Naftel D 1983 Perceived sources of stress and coping strategies in allied health students: A model. *J Allied Health.* 1983 Nov;12(4):262-72.

**106.** O'Meara S, Kostas T, Markland F, Previty J. Perceived academic stress in physical therapy students. *J Phys Ther Educ.* 1994;8:71-5.

**107.** Sheu S, Lin, HS, Hwang SL. Perceived stress and physiopsychosocial status of nursing students during their initial period of clinical practice: the effect of coping behaviors. *Int J Nurs Stud.* 2002 Feb;39(2):165-75.

**108.** Jimenez C, Navia-Osorio PM, Díaz CV. Stress and health in novice and experienced nursing students. *J Adv Nurs.* 2010 Feb;66(2):442-55. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05183.x

- 109.** Beck DL, Hackett MB, Srivastava R, McKim E, Rockwell B. Perceived level and sources of stress in university profesional schools. *J Nurs Educ.* 1997 Apr;36(4):180-6.
- 110.** Stecker T. Well being in an academic environment. *Med Educ.* 2004 May;38(5):465-78. doi: 10.1046/j.1365-2929.2004.01812.x
- 111.** González-Cabanach R, Fernández-Cervantes R, González-Doniz L, Freire-Rodríguez C. Estresores académicos percibidos por estudiantes universitarios de ciencias de la salud. *Fisioterapia.* 2010 Apr-Aug;32(4):151-8.
- 112.** Mane Abhay B, Krishnakumar MK, Niranjana PC, Hiremath G. Differences In Perceived Stress and Its Correlates Among Students In Professional Courses. *J Clin Diagn Res.* 2011 November (Suppl-1);5(6):1228-33.
- 113.** Mazo R, Londoño K, Gutiérrez YF. (2013). Estrés académico en estudiantes universitarios. *Inf Psicol.* 2013;13(2): 121-34.
- 114.** De Pablo J, Baillès E, Pérez J, Valdés M. Construcción de una escala de estrés académico para estudiantes universitarios. *Educ Méd.* 2002 Ene;5(1): 40-6.
- 115.** Dahlin M, Joneborg N, Runeson B. Stress and depression among medical students: A crosssectional study. *Med Educ.* 2005 Jun;39(6):594-604. doi: 10.1111/j.1365-2929.2005.02176.x
- 116.** Román CA, Ortiz F, Hernández Y. El estrés académico en estudiantes latinoamericanos de la carrera de Medicina. *Rev Iberoam Educ.* 2008;46(7):1-8.
- 117.** Backović DV, Zivojinović JI, Maksimović J, Maksimović M. Gender differences in academic stress and burnout among medical students in final years of education. *Psychiatr Danub.* 2012 Jun;24(2):175-81.
- 118.** Tempski P, Bellodi PL, Paro HB, Enns SC, Martins MA, Schraiber LB. What do medical students think about their quality of life? A qualitative study. *BMC Med Educ.* 2012 Nov 5;12:106. doi: 10.1186/1472-6920-12-106.

- 119.** Rodríguez-Garza MR, Sanmiguel MF, Antonio Muñoz-Muñoz A, Rodríguez-Rodríguez CE. El estrés en estudiantes de medicina al inicio y final de su formación académica. *Rev Iberoam Educ.* 2014;66:105-22.
- 120.** Bedoya, S.A., Perea, M. & Ormeño, R. (2006). Evaluación de niveles, situaciones generadoras y manifestaciones de estrés académico en alumnos de tercer y cuarto año de una Facultad de Estomatología. *Rev Estomatol Herediana.* 2006;16(1):15-20.
- 121.** Burnard P, Edwards D, Bennett K, Thaibah H, Tothova V, Baldacchino D, et al. A comparative, longitudinal study of stress in student nurses in five countries: Albania, Brunei, the Czech Republic, Malta and Wales. *Nurse Educ Today.* 2008 Feb;28(2):134-45. doi: 10.1016/j.nedt.2007.04.002
- 122.** Pulido-Martos M, Augusto-Landa JM, López-Zafra E. Sources of stress in nursing students: a systematic review of quantitative studies. *Int Nurs Rev.* 2011 Sep; 59(1):15-25. doi: 10.1111/j.1466-7657.2011.00939.x
- 123.** García Rodríguez JJ. Estrés, engagement y rendimiento académico de los estudiantes de Enfermería en las prácticas clínicas. Tesis doctoral. Universidad de Málaga; 2013.
- 124.** Labrague LJ. Stress, Stressors, and Stress Responses of Student Nurses in a Government Nursing School. *Health Sci J.* 2013 Oct;7(4):424-35.
- 125.** López-González JM, Orbañanos L, Cibanal ML. Identificación de estresores en las prácticas clínicas y evolución de los mismos en una promoción de alumnos de Enfermería. *Sanid Mil.* 2013;69(1):13-21.
- 126.** Khater WA, Akhu-Zaheya LM, Shaban IA. Sources of Stress and Coping Behaviours in Clinical Practice among Baccalaureate Nursing Students. *International J Hum Soc Sci.* 2014 Apr; 4(6):194-202.
- 127.** Toribio-Ferrer C, Franco-Bárcenas S. Estrés Académico: El Enemigo Silencioso del Estudiante. *Salud y Administración.* 2016 Ene-Abr;3(7):11-8.

- 128.** Tucker B, Straker L, Jones S, Cole J. Course evaluation on the web: Facilitating student and teacher reflection to improve learning. *New Directions for Teaching and Learning*. 2003 Dec;96: 81-93. doi: 10.1002/tl.125
- 129.** Oliván B, Boira S, López-del-Hoyo Y. Estrés y otros factores psicológicos asociados en estudiantes de Fisioterapia. *Fisioterapia*. 2011;33(1):19-24.
- 130.** Jacob T, Gummesson C, Nordmark E, El-Ansary D, Remedios L, Webb G. Perceived Stress and Sources of Stress Among Physiotherapy Students From 3 Countries. *J Phys Ther Educ*. 2012;26(3):57-65.
- 131.** Cabanach RG, Souto-Gestal A, Carlos Freire C, Ferradás MM. Relaciones entre autoestima y estresores percibidos en estudiantes Universitarios. *Eur J Educ Psychol*. 2014;7(1):41-55.
- 132.** Sabih F, Siddiqui FR, Baber MN. Assessment of stress among physiotherapy students at Riphah Centre of Rehabilitation Sciences. *J Pak Med Assoc*. 2013 Mar;63(3):346-9.
- 133.** Judd BK, Alison JA, Waters D, Gordon CJ. Comparison of Psychophysiological Stress in Physiotherapy Students Undertaking Simulation and Hospital-Based Clinical Education. *Simul Healthc*. 2016 Aug;11(4):271-7. doi: 10.1097/SIH.0000000000000155.
- 134.** Joffe B. Models of clinical education. En Rose M, Best D. (Eds.), *Transforming practice through clinical education, professional supervision and mentoring*. Edinburgh: Elsevier; 2005.
- 135.** Higgs J, McAlister L. Being a clinical educator. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2007 May;12(2):187-200. doi: 10.1007/s10459-005-5491-2.
- 136.** Lekkas P, Larsen T, Kumar S, Grimmer K, Nyland L, Chipchase L, et al. No model of clinical education for physiotherapy students is superior to another: A systematic review. *Aust J Physiother*. 2007; 53(1):19-28. doi:10.1016/S0004-9514(07)70058-2.

- 137.** Kilminster S, Jolly B. Effective supervision in clinical practice settings: A literature review. *Med Educ.* 2000 Oct;34(10):827-40. doi: 10.1046/j.1365-2923.2000.00758.x.
- 138.** Bryant P, Hartley S, Coppola W, Berlin A, Modell M, Murray E. Clinical exposure during clinical method attachments in general practice. *Med Educ.* 2003 Sep;37(9):790-3. doi: 10.1080/01421590802208883
- 139.** Spencer J. ABC of learning and teaching in medicine. Learning and teaching in the clinical environment. *Br Med J.* 2003 Mar;326:591-4. doi:10.1136/bmj.326.7389.591.
- 140.** Crosbie J, Gass E, Jull G, Morris M, Rivett D, Ruston S, et al. Sustainable undergraduate education and professional competency. *Aust J Physiother.* 2002;48(1):5-7. doi: 10.1016/S0004-9514(14)60276-2
- 141.** Elliott M. The clinical environment: A source of stress for undergraduate nurses. *T Aust J Adv Nurs.* 2002 Sep-Nov;20(1):34-8.
- 142.** Seaward BL. *Managing Stress: Principles and Strategies for Health and Wellbeing.* Boston, MA: Jones and Barlett; 2004.
- 143.** Delany C, Miller KJ, El-Ansary D, Remedios L, Hosseini A, McLeod S. Replacing stressful challenges with positive coping strategies: a resilience program for clinical placement learning. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2015 Dec;20(5):1303-24. doi: 10.1007/s10459-015-9603-3.
- 144.** Alzahem AM, Van der Molen HT, Alaujan AH, Schmidt HG, Zamakhshary MH. Stress amongst dental students: A systematic review. *Eur J Dent Educ.* 2011 Feb;15(1):8-18. doi: 10.1111/j.1600-0579.2010.00640.x
- 145.** Jacob T, Einstein O. Stress Among Bachelor Physical Therapy Students in Israel During Clinical Practice and Its Association with Academic Achievements – Results of a Longitudinal Study. *IJAHS.* 2016 Jan; 14(1) Article 9:1-7.

- 146.** López-Medina I, Sánchez-Criado V. Percepción del Estrés en Estudiantes de Enfermería en las Prácticas Clínicas. *Enferm Clín.* 2005; 6(15):307-13.
- 147.** Zupiria X, Uranga MJ, Alberdi MJ, Barandiaran M, Huitzi X, Sanz-et al. Fuentes de Estrés en la Práctica Clínica de los Estudiantes de Enfermería. Evolución a lo Largo de la Diplomatura. *Enferm Clin.* 2006 Oct;16(5):231-7.
- 148.** Walish JF, Olson RE, Schuit D. Effects of a concurrent clinical education assignment on student concerns. *Phys Ther.* 1986 Feb;66(2):233-6.
- 149.** Cupit RL. Student Stress: An Approach to Coping at the Interface Between Preclinical and Clinical Education. *Aust J Physiother.* 1988; 34(4): 215-19. doi: 10.1016/S0004-9514(14)60612-7
- 150.** Deckard GJ, Present RM. Impact of Role Stress on Physical Therapists' Emotional and Physical Well-being. *Phys Ther.* 1989 Sep;69(9):713-8.
- 151.** McComas J, Hebert C, Giacomini C, Kaplan D, Dulberg C. Experiences of student and practicing physical therapists with inappropriate patient sexual behavior. *Phys Ther.* 1993 Nov; 73: 762-70.
- 152.** Weerakoon P, O'Sullivan V. Inappropriate Patient Sexual Behaviour in Physiotherapy Practice. *Physiotherapy.* 1998 Spring;84 (10): 491-99. doi: 10.1016/S0031-9406(05)65869-5
- 153.** Pynor R, Weerakoon P, Jones MK. A preliminary investigation of physiotherapy students' attitudes towards issues of sexuality in clinical practice. *Physiotherapy.* 2005 Mar; 91:42-48. Doi: 10.1016/j.physio.2004.06.012
- 154.** Roe-Shaw M, Gall A, Jones L, Lattey ME, Sainsbury N. Approach and Preparation for Clinical Placements: Final Year. *Physiotherapy Stud. N Z J Physio.* 2003 Mar; 31(1):17-23.



- 155.** Christofolletti G, Salmaso C, Martorelli R, Feracin MA. Síndrome de burnout em acadêmicos de Fisioterapia. *Fisioterapia e Pesquisa*. 2007;14(2):25-9.
- 156.** Zabalegui A, Cabrera E. New nursing education structure in Spain. *Nurse Educ Today*. 2009 Jul;29(5):500-4. doi: 10.1016/j.nedt.2008.11.008
- 157.** Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. Acuerdo de 4 de marzo de 2008, del Consejo de Gobierno, por el que se autoriza la modificación del Convenio-Marco suscrito entre las Consejerías de Salud y Educación y Ciencia y las Universidades de Almería, Cádiz, Córdoba, Granada, Huelva, Jaén, Málaga y Sevilla, para la utilización de las Instituciones Sanitarias en la Investigación y la Docencia. BOJA, 18 de marzo de 2008. 54. <http://www.juntadeandalucia.es/boja/2008/54/1> (último acceso 1 diciembre 2016).
- 158.** Melián A, Minaya FJ, Valera F, Ortega C. ¿Qué opinan los fisioterapeutas sobre el actual plan de estudios en Fisioterapia y el futuro título de grado? *Fisioterapia*. 2009;31(3):94-100. doi: 10.1016/j.ft.2008.01.007
- 159.** Cebriá MA, Díaz B, Igual C. Título de grado en Fisioterapia: valoración de las competencias por parte del estudiante. *Fisioterapia*. 2010;32(2):73-9. doi: 10.1016/j.ft.2009.12.003
- 160.** Libro Blanco. Título de Grado en Fisioterapia. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. 2004. [http://www.aneca.es/var/media/150428/libroblanco\\_jun05\\_Fisioterapia.pdf](http://www.aneca.es/var/media/150428/libroblanco_jun05_Fisioterapia.pdf) (último acceso 1 de diciembre 2016).
- 161.** Real Decreto 56/2005, de 21 de enero, por el que se regulan los estudios universitarios oficiales de Posgrado. *Boletín Oficial del Estado*, 25 de enero de 2005. 21:2846-51. <https://www.boe.es/boe/dias/2005/01/25/pdfs/A02846-02851.pdf> (último acceso 1 de diciembre de 2016).



- 162.** ORDEN CIN/2135/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Fisioterapeuta. *Boletín Oficial del Estado*. 19 de julio de 2008. 174: 31684-87. [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2008-12389](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2008-12389) (último acceso 1 de diciembre de 2016).
- 163.** Real Decreto 1707/2011, de 18 de noviembre, por el que se regulan las prácticas académicas externas de los estudiantes universitarios. *Boletín Oficial del Estado*. 10 de diciembre de 2011. 297: 132391-99. <https://www.boe.es/boe/dias/2011/12/10/pdfs/BOE-A-2011-19362.pdf> (último acceso 1 de diciembre de 2016).
- 164.** Real Decreto 592/2014, de 11 de julio, por el que se regulan las prácticas académicas externas de los estudiantes universitarios. *Boletín Oficial del Estado*. 30 de julio de 2014. 184: 60502-11. <http://www.boe.es/boe/dias/2014/07/30/pdfs/BOE-A-2014-8138.pdf> (último acceso 1 de diciembre de 2016).
- 165.** Universidad de Almería. Normativa de Prácticas Académicas Externas de la Universidad de Almería. <http://cms.ual.es/idc/groups/public/@serv/@empleo/documents/actividad/normativapracexjulio.pdf> (último acceso 1 de diciembre de 2016).
- 166.** Universidad de Cádiz. Prácticas Curriculares. <http://empresas.uca.es/practicas-curriculares/> (último acceso 1 de diciembre de 2016).
- 167.** Universidad de Granada. Prácticas extracurriculares de estudiantes. <http://cpep.ugr.es/pages/practicas/doc/ncg1051> (último acceso 1 de diciembre de 2016).
- 168.** Universidad de Jaén. Normativa de prácticas externas de la Universidad de Jaén. [http://www10.ujaen.es/conocenos/servicios-unidades/uempleo/documentacion\\_normativa](http://www10.ujaen.es/conocenos/servicios-unidades/uempleo/documentacion_normativa) (último acceso 1 de diciembre de 2016).

- 169.** Universidad de Málaga. Normativa Prácticas Externas de la Universidad de Málaga. [http://www.uma.es/secretariageneral/newsecgen/index.php?option=com\\_content&view=article&id=260:normativa-de-practicas-externas-de-la-universidad-de-malaga&catid=20&Itemid=124](http://www.uma.es/secretariageneral/newsecgen/index.php?option=com_content&view=article&id=260:normativa-de-practicas-externas-de-la-universidad-de-malaga&catid=20&Itemid=124) (último acceso 1 de diciembre de 2016).
- 170.** Universidad de Sevilla. Secretariado de Prácticas en Empresas y Empleo. <http://servicio.us.es/spee/practicas> (último acceso 1 de diciembre de 2016).
- 171.** Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951 Sep;16(3):297–334. doi: 10.1007/BF02310555
- 172.** Welch S, Comer J. *Quantitative methods for public administration: techniques and applications*. Universidad de Virginia: Brooks/Cole. Pub. Co; 1988.
- 173.** George D, Mallery P. *Spss for Windows step by step: A Simple Guide and Reference. 11.0 Update (4.ª ed.)*. Boston: Allyn & Bacon; 2003.
- 174.** Morales P. *Medición de actitudes en Psicología y Educación. Construcción de escalas y problemas metodológicos*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 2000.
- 175.** Summers GF. *Medición de actitudes*. Mexico: Trillas; 1984.
- 176.** Morales P, Urosa B, Blanco A. *Construcción de escalas de actitudes tipo Likert. Una guía práctica*. Madrid: La Muralla; 2003.
- 177.** Bisquerra R. *Introducción conceptual al análisis multivariante, vol 1*. Colección Letras, Ciencias y Técnicas 5. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias; 1989.
- 178.** Alvarez Caceres R. *Estadística multivariante y no paramétrica con SPSS*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1995.
- 179.** Antolín Rodríguez R, Puialto MJ, Moure ML, Quinteiro T. Situaciones de las prácticas clínicas que provocan estrés en los estudiantes de enfermería. *Enferm Glob*. 2007 May;6(1):1-10.
- 180.** Moya M, Larrosa S, López Marín C, López Rodríguez I, Morales

Ruiz L, Simón AM. *Enferm Glob*. 2013 Jul;12(31):232-43.

**181.** López F, López MJ. Situaciones generadoras de estrés en los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Cienc. Enferm*. 2011;17(2):47-54. Doi: 10.4067/S0717-95532011000200006

**182.** García Rodríguez JJ, Labajos MT, Fernández Luque F. Características personales de los estudiantes de enfermería que les hacen vulnerables al estrés. *Rev Enferm Doc*. 2014;1(102): 20-26.

**183.** Basso L, Ardiles B, Bernal M, Canovas MJ, Catherin González Meléndez C, Kroff MF, et al. Factores derivados de los laboratorios intrahospitalarios que provocan estrés en los estudiantes de enfermería. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2008 Sep-Oct;16(5). Doi: 10.1590/S0104-11692008000500002

**184.** Zupiria X, Barandiaran MT, Alberdi MJ, Uranga MJ, Sanz X. Principales estresores de los estudiantes de enfermería relacionados con las prácticas clínicas y factores relacionados. *Enferm Cient*. 2003;258-259:59-68.

**185.** Ferro R, García Ríos MC, Vives MC. Un análisis de la adherencia al tratamiento en Fisioterapia. *Fisioterapia*, 2004 Nov; 26(6):333-39. Doi: 10.1016/S0211-5638(04)73120-X

# Anexo I

## Autorización del Comité Ético de Experimentación de la Universidad de Málaga



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA



Vicerrectorado de Investigación y Transferencia  
Comité Ético de Experimentación de la Universidad de Málaga  
(CEUMA)

Nº: 356

Nº de Registro CEUMA: 59-2016-H

### INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE EXPERIMENTACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

#### CEUMA

Reunido el Comité Ético de Experimentación en Málaga, el 30 de junio de 2016 ha evaluado la solicitud del proyecto denominado: **"Factores Predictores de Estrés en Relación a las Prácticas Clínicas del Grado en Fisioterapia"**, cuyo investigador principal es **D. Miguel Ángel Infantes Rosales**.

Una vez examinada la documentación presentada y verificados aquellos aspectos relacionados con la ética y la legislación en materia de investigación que se indican:

-Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto, teniendo en cuenta los beneficios esperados.

- El procedimiento para obtener el consentimiento informado, incluyendo la hoja de información al sujeto son correctos.

- La idoneidad del procedimiento experimental, especialmente la posibilidad de alcanzar conclusiones válidas de acuerdo con los objetivos establecidos.

- La capacidad del investigador principal y sus colaboradores los medios y las instalaciones previstas son apropiados para llevar a cabo dicho estudio.

- El alcance de las compensaciones y motivaciones previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.

Acuerda por consenso emitir Informe Ético **FAVORABLE** para dicho proyecto.

Para que así conste D. JUAN TEODOMIRO LÓPEZ NAVARRETE, Vicerrector de Investigación y Transferencia y Presidente del Comité Ético de Investigación de la Universidad de Málaga lo firma en Málaga a 1 de noviembre de 2016.

Fdo: Juan Teodomiرو López Navarrete.



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA



Vicerrectorado de Investigación y Transferencia  
Comité Ético de Experimentación de la Universidad de Málaga  
(CEUMA)

Nº: 356

Nº de Registro CEUMA: 59-2016-H

Una vez instruido el procedimiento, y en base a lo dispuesto en el artículo 84 de la Ley 30/92, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común, se le da audiencia para que en un plazo de 10 días, contados a partir de la recepción/publicación del presente informe, pueda formular alegaciones y presentar los documentos y justificaciones que estime pertinentes.

UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA



EFQM

AENOR



Pabellón de Gobierno, planta 3ª. Campus El Ejido. 29071. Tel.: 952 13 42 04  
E-mail- ceuma@uma.es

# Autorización de la Comisión de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud UMA



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

Facultad de Ciencias de la Salud

A/A Profes. Juan Antonio Armenta Peinado, Miguel Ángel Infantes Rosales  
Departamento de Fisioterapia  
Universidad de Málaga

## INFORME DE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

José Antonio González Correa, Vicedecano de Investigación y Vicepresidente de la Comisión de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Málaga

A instancias de la Comisión de Investigación y siguiendo la normativa aprobada para la realización de proyectos de investigación bajo la tutela del Programa de Doctorado de la Facultad de Ciencias de la Salud:

Informa favorablemente sobre el proyecto de investigación denominado: **"Factores Predictores de Estrés en Relación a las Prácticas Clínicas del Grado en Fisioterapia"** cuyo investigador principal es el Prof. Miguel Ángel Infantes Rosales, bajo la coordinación del Prof. Dr. Juan Antonio Armenta Peinado, adscritos ambos al Dpto. Fisioterapia de esta Universidad. Tanto la metodología de investigación como los procedimientos utilizados cumplen con lo establecido en la legislación vigente en la relación con la Investigación Biomédica.

Este informe queda supeditado a la aprobación por parte del Comité Ético de Investigación de la Universidad de Málaga.

En Málaga a 16 de septiembre de 2016

José A. González Correa



VºBº MT Labajos Manzanares  
Decana Facultad de Ciencias de la Salud

## Tabla I. Cuestionario por Dimensiones inicial

Ha sido invitado/a a participar en la siguiente encuesta:

### «FACTORES PREDICTORES DE ESTRÉS EN RELACIÓN A LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS DEL GRADO EN FISIOTERAPIA»

El Prácticum es la materia con más carga crediticia, 40 ECTS, en el Grado en Fisioterapia y su ubicación en los últimos dos años académicos, le imprime un carácter y un peso específico propio dentro del currículum. Al no haber ninguna materia preparatoria del Prácticum (estancias preclínicas), el hecho de que un estudiante tenga que desarrollar sus habilidades en el tratamiento de los pacientes, sin experiencia previa, puede verse influido por toda una serie de factores predisponentes de estrés, tal y como ha sido puesto de relieve por estudios en otras titulaciones como Enfermería o Medicina.

El objetivo del cuestionario adjunto es conocer cuáles pueden ser los factores predisponentes de estrés en relación a las prácticas clínicas de los estudiantes de Fisioterapia, a fin de plantearse aquellas acciones de mejora que redundarían en una mayor capacitación, bienestar e integración de los futuros titulados. Como grupo de interés, su visión es muy importante, por lo que le ruego y agradezco sinceramente su colaboración cumplimentando el siguiente cuestionario.

Tenga en cuenta que si lo desea en cualquier momento puede declinar su cumplimentación.

Por favor, responda, en la medida de lo posible, a todas las preguntas marcando una sola respuesta por ítem.

En todo momento los datos serán tratados y presentados en forma de estadísticas, respetando el anonimato y la confidencialidad de los participantes y las respuestas.

El presente cuestionario está dividido en dos secciones, la primera (12 ítems) hace referencia a datos sociodemográficos. La segunda (50 ítems) son posibles situaciones que podrían generar estrés durante las prácticas clínicas. El tiempo aproximado de cumplimentación del cuestionario es entre 5-10 minutos. Por favor marque en el cuadro correspondiente su respuesta. Si desea modificar su respuesta vuelva a marcar el cuadro para deseleccionar y proceda a marcar un nuevo cuadro. Solo marcar una sola casilla por ítem.

Una vez enterado y conforme con el procedimiento del cuestionario, por la presente, acepto participar en este, sirviendo el mismo a todos los efectos como consentimiento informado.

Si tiene alguna duda inicial y desea conocer los principales resultados del presente estudio (en el segundo trimestre del 2017) contacte con el investigador principal [mainfantes@uma.es](mailto:mainfantes@uma.es)

Con este procedimiento se sigue manteniendo el anonimato, ya que no es posible relacionar su correo enviado con las respuestas emitidas.

**¡Muchas gracias por su tiempo y participación!**

Miguel Ángel Infantes Rosales  
Profesor Sustituto Interino de Fisioterapia, UMA.



## **DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

<b>Edad</b>	18 a 21 <input type="checkbox"/>	22 a 25 <input type="checkbox"/>	26 a 44 <input type="checkbox"/>	45 o más <input type="checkbox"/>
-------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

<b>Género</b>	Femenino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>
---------------	-----------------------------------	------------------------------------

<b>Lugar de Residencia Fuera del Curso</b>	
--------------------------------------------	--

<b>Lugar de Residencia Durante el Curso</b>	
---------------------------------------------	--

<b>Vida Laboral Actual</b>	Compagina Estudios y Trabajo <input type="checkbox"/>	Solo Estudios <input type="checkbox"/>
----------------------------	-------------------------------------------------------	----------------------------------------

<b>Tipo de Jornada Laboral en caso de compaginar</b>	Tiempo Parcial <input type="checkbox"/>	Tiempo Completo <input type="checkbox"/>	No Procede <input type="checkbox"/>
------------------------------------------------------	-----------------------------------------	------------------------------------------	-------------------------------------

<b>Otras Obligaciones</b>	Familiar a Cargo <input type="checkbox"/>	Hijos <input type="checkbox"/>	Deportista Competición <input type="checkbox"/>	Ninguna <input type="checkbox"/>
---------------------------	-------------------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------------------	----------------------------------

<b>Universidad de Estudio</b>	
-------------------------------	--

<b>Vía de Ingreso a los Estudios</b>	Selectividad <input type="checkbox"/>	Form. Profesional <input type="checkbox"/>	Mayor 25 años <input type="checkbox"/>
	Mayores 40 años <input type="checkbox"/>	Discapacitados <input type="checkbox"/>	Extranjeros <input type="checkbox"/>
			Otra Titulación <input type="checkbox"/>

<b>Año de Comienzo Estudios de Fisioterapia</b>	
-------------------------------------------------	--

<b>Curso Actual</b>	3º de Grado <input type="checkbox"/>	4º de Grado <input type="checkbox"/>
---------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

<b>Posee otra Titulación Universitaria</b>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	<b>¿Cuál?</b>	
--------------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------	--

<b>Simultanea otros Estudios</b>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	<b>¿Cuál?</b>	
----------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------	--

**¿Hasta qué punto entiende que las siguientes cuestiones pueden ser una situación estresante, previo a la realización de la Prácticas Clínicas?**



Cada pregunta tiene cinco respuestas equivalentes a:

**0** "Ausencia total", **1** "Algo", **2** "Bastante", **3** "Alto grado", **NS/NC** "No sabe, no contesta".

Por favor marque con "X" la que corresponda **en una sola casilla por ítem**. Si desea modificar su selección o se ha equivocado, vuelva a seleccionar la casilla marcada para deseleccionarla y marque la nueva opción.

Item	Cuestión	Respuesta
------	----------	-----------

**En caso de hacer frente a situaciones complejas o urgentes, por favor responda a las siguientes subpreguntas, teniendo en cuenta que la correspondencia sería:**

0 "Ausencia Total", 1 "Algo", 2 "Bastante", 3 "Alto grado", NS/NC "No sabe, no contesta".

Hacer frente a situaciones complejas o urgentes		0	1	2	3	NS/NC
1	Tener que entenderme con un paciente con problemas de comunicación (afectación u otro idioma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Tener que tratar a un paciente demenciado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Llevar a cabo la intervención fisioterapéutica con la familia presente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Que se pueda presentar una situación de urgencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**En relación a la posibilidad de poder perjudicar al paciente, por favor responda a las siguientes subpreguntas, teniendo en cuenta que la correspondencia sería:**

0 "Ausencia Total", 1 "Algo", 2 "Bastante", 3 "Alto grado", NS/NC "No sabe, no contesta".

Perjudicar al paciente		0	1	2	3	NS/NC
5	Hacer mal mi trabajo y perjudicar al paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Alterar psicológicamente al paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Confundirme al elegir y/o aplicar un tratamiento inapropiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Tener que realizar procedimientos que puedan resultar dolorosos al paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ante posibles situaciones de impotencia, incertidumbre o contradicciones, por favor responda a las siguientes subpreguntas, teniendo en cuenta que la correspondencia sería:**

0 "Ausencia Total", 1 "Algo", 2 "Bastante", 3 "Alto grado", NS/NC "No sabe, no contesta".

Impotencia, incertidumbre o contradicciones		0	1	2	3	NS/NC
9	Tener que tratar a un paciente no habiendo podido acceder a la información clínica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Encontrarme en alguna situación sin saber qué hacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	No saber cómo responder a las preguntas o expectativas de los pacientes y/o sus familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Mostrar incertidumbre o no saber cómo abordar en primera instancia y/o progresar en un tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Incertidumbre o duda ante la petición de determinadas terapias específicas por parte del paciente o cuidador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Sentir que no puedo ayudar al paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15	No poder dedicarle a cada paciente el tiempo que considero necesario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Recibir órdenes contradictorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Las posibles diferencias entre lo que aprendemos en clase y lo que vemos en las prácticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En el supuesto de tener que enfrentarse a situaciones de sufrimiento del paciente, por favor responda a las siguientes subpreguntas, teniendo en cuenta que la correspondencia sería:

0 "Ausencia Total", 1 "Algo", 2 "Bastante", 3 "Alto grado", NS/NC "No sabe, no contesta".

Enfrentarse a situaciones de sufrimiento del paciente		0	1	2	3	NS/NC
18	Tener que hablar con el paciente de su sufrimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Ver y/o tratar a un paciente en estado vegetativo/coma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Tratar a un paciente en cuidados intensivo y/o ayudas externas (ventilación mecánica, sueroterapia, colostomía, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Tener que tratar a un paciente con heridas, amputaciones, deformaciones, quemaduras, material externo de osteosíntesis, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Tener que tratar a niños gravemente afectados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ante la posibilidad de tener que hacer frente a relaciones difíciles/incomodas y/o resultar perjudicado por el paciente o familiar cuidador, por favor responda a las siguientes subpreguntas, teniendo en cuenta que la correspondencia sería:

0 "Ausencia Total", 1 "Algo", 2 "Bastante", 3 "Alto grado", NS/NC "No sabe, no contesta".

Hacer frente a relaciones difíciles/incomodas y/o resultar perjudicado por el paciente o familiar/cuidador		0	1	2	3	NS/NC
23	Que el paciente/cuidador me infravalore, trate mal o menosprecie, por ser alumno en prácticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Tener que afrontar posibles quejas del paciente o familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Recibir una agresión verbal o física por parte del paciente o familiar/cuidador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Recibir la denuncia de un paciente o familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Tener que trabajar con pacientes agresivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	El mal estado de higiene del paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Contagiarme a través del paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Desconocer protocolos de higiene en Hospitales/Centros Sanitarios, especialmente con pacientes portadores de enfermedades infecciosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En cuanto a su relación con los tutores clínico, alumnos y/o profesionales sanitarios, por favor responda a las siguientes subpreguntas, teniendo en cuenta que la correspondencia sería:

0 "Ausencia Total", 1 "Algo", 2 "Bastante", 3 "Alto grado", NS/NC "No sabe, no contesta".

Relación con tutores clínicos, alumnos y/o profesionales de la salud		0	1	2	3	NS/NC
31	Problemas en la relación con el tutor en el centro de prácticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	No estar supervisado por el responsable/tutor durante la intervención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33	Que no se tengan en cuenta las propuestas de tratamiento del alumno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Tener que evaluar al tutor y/o centro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	La falta de relación/integración con los compañeros estudiantes de Fisioterapia o del equipo multidisciplinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ante la hipotética situación de que el paciente planteara la posibilidad de establecer vínculos estrechos por su parte o se generara una posible implicación emocional, por favor responda a las siguientes subpreguntas, teniendo en cuenta que la correspondencia sería:

0 "Ausencia Total", 1 "Algo", 2 "Bastante", 3 "Alto grado", NS/NC "No sabe, no contesta".

Establecer vínculos estrechos por parte del paciente. Implicación emocional		0	1	2	3	NS/ NC
36	Que el paciente pueda tocar "ciertas partes" de mi cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Que un paciente se me insinúe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Que me afecten las emociones del paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Ver al paciente que no mejora o incluso, va empeorando a pesar del tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	La noticia del fallecimiento de un paciente sometido a tratamiento de fisioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Implicarme demasiado con el paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En relación a una posible sobrecarga física, psíquica, emocional o económica, por favor responda a las siguientes subpreguntas, teniendo en cuenta que la correspondencia sería:

0 "Ausencia Total", 1 "Algo", 2 "Bastante", 3 "Alto grado", NS/NC "No sabe, no contesta".

Sobrecarga física, psíquica, emocional o económica		0	1	2	3	NS/ NC
42	La sobrecarga de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	Tener que realizar otras funciones que no son propias de fisioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	Que el paciente o la familia no sigan las recomendaciones propuestas (falta de adherencia al tratamiento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	No contar con los recursos necesarios para un tratamiento adecuado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	Tener que realizar prácticas en un centro en el que inicialmente no empatice con el tipo de pacientes del mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	Tener que realizar prácticas en centros específicos (piscina, centro deportivo, etc.), donde la indumentaria pueda hacerme sentir incomodo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	La asistencia a algún centro no bien valorado por los comentarios de los estudiantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	Tener que realizar las prácticas en solitario como único alumno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	La asistencia al centro de prácticas me ocasione dificultad en el desplazamiento, horarios y/o importantes gastos económicos imprevistos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Tabla II. Cuestionario por factores final

### Factor 1 Resultar perjudicado en la relación con los pacientes o familiares

Ítem 23	Que el paciente/cuidador me infravalore, trate mal o menosprecie, por ser alumno en prácticas
Ítem 24	Tener que afrontar posibles quejas del paciente o familiares
Ítem 25	Recibir una agresión verbal o física por parte del paciente o familiar/cuidador
Ítem 26	Recibir la denuncia de un paciente o familiares
Ítem 27	Tener que trabajar con pacientes agresivos
Ítem 29	Contagiarme a través del paciente
Ítem 30	Desconocer protocolos de higiene en Hospitales/Centros Sanitarios, especialmente con pacientes portadores de enfermedades infecciosas.
Ítem 36	Que el paciente pueda tocar "ciertas partes" de mi cuerpo
Ítem 37	Que un paciente se me insinúe

### Factor 2 Incoherencia o contradicciones

Ítem 15	No poder dedicarle a cada paciente el tiempo que considero necesario
Ítem 16	Recibir órdenes contradictorias
Ítem 17	Las posibles diferencias entre lo que aprendemos en clase y lo que vemos en las prácticas
Ítem 33	Que no se tengan en cuenta las propuestas de tratamiento del alumno

Ítem 35	La falta de relación/integración con los compañeros estudiantes de Fisioterapia o del equipo multidisciplinar
Ítem 42	La sobrecarga de trabajo
Ítem 43	Tener que realizar otras funciones que no son propias de fisioterapia
Ítem 44	Que el paciente o la familia no sigan las recomendaciones propuestas (falta de adherencia al tratamiento)
Ítem 45	No contar con los recursos necesarios para un tratamiento adecuado

### **Factor 3 Contacto con pacientes gravemente afectados**

Ítem 19	Ver y/o tratar a un paciente en estado vegetativo/coma
Ítem 20	Tratar a un paciente en cuidados intensivo y/o ayudas externas (ventilación mecánica, sueroterapia, colostomía, etc.)
Ítem 21	Tener que tratar a un paciente con heridas, amputaciones, deformaciones, quemaduras, material externo de osteosíntesis, etc.
Ítem 22	Tener que tratar a niños gravemente afectados

### **Factor 4 Impotencia e incertumbre**

Ítem 9	Tener que tratar a un paciente no habiendo podido acceder a la información clínica.
Ítem 10	Encontrarme en alguna situación sin saber qué hacer
Ítem 11	No saber cómo responder a las preguntas o expectativas de los pacientes y/o sus familiares
Ítem 12	Mostrar incertidumbre o no saber cómo abordar en primera instancia y/o progresar en un tratamiento
Ítem 14	Sentir que no puedo ayudar al paciente

### **Factor 5 Relación con los tutores y centros**

Ítem 31	Problemas en la relación con el tutor en el centro de prácticas
Ítem 32	No estar supervisado por el responsable/tutor durante la intervención
Ítem 34	Tener que evaluar al tutor y/o centro
Ítem 46	Tener que realizar prácticas en un centro en el que inicialmente no empatice con el tipo de pacientes del mismo
Ítem 47	Tener que realizar prácticas en centros específicos (piscina, centro deportivo, etc.), donde la indumentaria pueda hacerme sentir incomodo/a
Ítem 48	La asistencia a algún centro no bien valorado por los comentarios de los estudiantes.
Ítem 49	Tener que realizar las prácticas en solitario como único alumno

### **Factor 6 Perjudicar al paciente**

Ítem 5	Hacer mal mi trabajo y perjudicar al paciente
Ítem 6	Alterar psicológicamente al paciente
Ítem 7	Confundirme al elegir y/o aplicar un tratamiento inapropiado

### **Factor 7 Falta de competencia**

Ítem 3	Llevar a cabo la intervención fisioterapéutica con la familia presente
Ítem 8	Tener que realizar procedimientos que puedan resultar dolorosos al paciente

Ítem 13	Incertidumbre o duda ante la petición de determinadas terapias específicas por parte del paciente o cuidador
Ítem 18	Tener que hablar con el paciente de su sufrimiento

### Factor 8 Implicación emocional

Ítem 38	Que me afecten las emociones del paciente
Ítem 39	Ver al paciente que no mejora o incluso, va empeorando a pesar del tratamiento
Ítem 40	La noticia del fallecimiento de un paciente sometido a tratamiento de fisioterapia
Ítem 41	Implicarme demasiado con el paciente

### Factor 9 Situaciones complejas

Ítem 1	Tener que entenderme con un paciente con problemas de comunicación (afectación u otro idioma)
Ítem 2	Tener que tratar a un paciente demenciado
Ítem 4	Que se pueda presentar una situación de urgencia

### Factor 10: Otras cuestiones

Ítem 28	El mal estado de higiene del paciente
Ítem 50	La asistencia al centro de prácticas me ocasione dificultad en el desplazamiento, horarios y/o importantes gastos económicos imprevistos.

**Tabla III Estadísticas de Grupo por Genero T Student y Levene**

Estadísticas de grupo					
Genero		N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
PUNTUACIÓN GLOBAL PERCEPCIÓN ESTRESORES	Femenino	227	87,45	24,843	1,649
	Masculino	146	77,50	27,702	2,293
REGR factor score 1 for analysis 1	Femenino	227	,1752014	1,02761966	,06820551
	Masculino	146	-,2724022	,89265971	,07387704
REGR factor score 2 for analysis 1	Femenino	227	-,0071762	,92061637	,06110345
	Masculino	146	,0111576	1,11549382	,09231893
REGR factor score 3 for analysis 1	Femenino	227	-,0372485	1,01289097	,06722793
	Masculino	146	,0579138	,98025715	,08112666
REGR factor score 4 for analysis 1	Femenino	227	,1433745	,98735034	,06553274
	Masculino	146	-,2229178	,98176524	,08125147
REGR factor score 5 for analysis 1	Femenino	227	-,0672168	,99764828	,06621624
	Masculino	146	,1045083	,99807231	,08260105
REGR factor score 6 for analysis 1	Femenino	227	,0443593	,92475447	,06137811
	Masculino	146	-,0689695	1,10668882	,09159022
REGR factor score 7 for analysis 1	Femenino	227	,1377243	,89357771	,05930884
	Masculino	146	-,2141330	1,11585134	,09234851
REGR factor score 8 for analysis 1	Femenino	227	,1213106	,98889646	,06563536
	Masculino	146	-,1886130	,99119021	,08203149
REGR factor score 9 for analysis 1	Femenino	227	-,0874359	1,00871519	,06695078
	Masculino	146	,1359449	,97418371	,08062402
REGR factor score 10 for analysis 1	Femenino	227	-,0718433	,91345848	,06062837
	Masculino	146	,1117016	1,11550461	,09231982



Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
PUNTUACIÓN GLOBAL PERCEPCIÓN ESTRESORES	Se asumen varianzas iguales	2,244	,135	3,607	371	,000	9,949	2,758	4,526	15,373
	No se asumen varianzas iguales			3,523	284,899	,000	9,949	2,824	4,391	15,508
REGR factor score 1 for analysis 1	Se asumen varianzas iguales	1,961	,162	4,318	371	,000	,44760357	,10365767	,24377332	,65143382
	No se asumen varianzas iguales			4,452	339,348	,000	,44760357	,10054755	,24982863	,64537851
REGR factor score 2 for analysis 1	Se asumen varianzas iguales	9,353	,002	-,173	371	,863	-,01833381	,10622632	-,22721500	,19054738
	No se asumen varianzas iguales			-,166	266,995	,869	-,01833381	,11070870	-,23630693	,19963931
REGR factor score 3 for analysis 1	Se asumen varianzas iguales	,276	,599	-,897	371	,370	-,09516225	,10611564	-,30382578	,11350129
	No se asumen varianzas iguales			-,903	316,703	,367	-,09516225	,10536190	-,30245997	,11213547
REGR factor score 4 for analysis 1	Se asumen varianzas iguales	,116	,733	3,505	371	,001	,36629229	,10451456	,16077708	,57180751
	No se asumen varianzas iguales			3,509	310,662	,001	,36629229	,10438554	,16090022	,57168437
REGR factor score 5 for analysis 1	Se asumen varianzas iguales	,007	,932	-1,622	371	,106	-,17172516	,10585580	-,37987777	,03642744
	No se asumen varianzas iguales			-1,622	309,292	,106	-,17172516	,10586560	-,38003304	,03658271
REGR factor score 6 for analysis 1	Se asumen varianzas iguales	7,868	,005	1,068	371	,286	,11332881	,10606752	-,09524012	,32189773
	No se asumen varianzas iguales			1,028	269,594	,305	,11332881	,11025444	-,10374039	,33039800
REGR factor score 7 for analysis 1	Se asumen varianzas iguales	5,044	,025	3,362	371	,001	,35185724	,10464815	,14607934	,55763515
	No se asumen varianzas iguales			3,206	260,813	,002	,35185724	,10975330	,13574189	,56797260
REGR factor score 8 for analysis 1	Se asumen varianzas iguales	,025	,874	2,952	371	,003	,30992362	,10500493	,10344415	,51640309
	No se asumen varianzas iguales			2,950	308,867	,003	,30992362	,10505792	,10320387	,51664337
REGR factor score 9 for analysis 1	Se asumen varianzas iguales	1,945	,164	-2,115	371	,035	-,22338078	,10559564	-,43102180	-,01573976
	No se asumen varianzas iguales			-2,132	317,164	,034	-,22338078	,10479809	-,42956806	-,01719350
REGR factor score 10 for analysis 1	Se asumen varianzas iguales	5,796	,017	-1,735	371	,084	-,18354484	,10580233	-,39159229	,02450261
	No se asumen varianzas iguales			-1,662	265,373	,098	-,18354484	,11044794	-,40101061	,03392093

**Tabla III Estadísticas de Grupo por Curso T Student y Levene**

Estadísticas de grupo					
	Curso Actual	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
PUNTUACIÓN GLOBAL PERCEPCIÓN ESTRESORES	3º Grado	176	84,86	27,070	2,041
	4º Grado	197	82,39	25,827	1,840
REGR factor score 1 for analysis 1	3º Grado	176	-,1200870	1,05275548	,07935443
	4º Grado	197	,1072859	,94015557	,06698331
REGR factor score 2 for analysis 1	3º Grado	176	-,0312651	,92505946	,06972898
	4º Grado	197	,0279323	1,06407149	,07581195
REGR factor score 3 for analysis 1	3º Grado	176	,1738194	,97491411	,07348692
	4º Grado	197	-,1552904	,99898351	,07117463
REGR factor score 4 for analysis 1	3º Grado	176	-,0328364	,99499896	,07500087
	4º Grado	197	,0293361	1,00607005	,07167952
REGR factor score 5 for analysis 1	3º Grado	176	,0239021	,93473364	,07045820
	4º Grado	197	-,0213542	1,05682282	,07529551
REGR factor score 6 for analysis 1	3º Grado	176	,1306407	,98316647	,07410896
	4º Grado	197	-,1167146	1,00294150	,07145662
REGR factor score 7 for analysis 1	3º Grado	176	-,0533113	1,12575641	,08485708
	4º Grado	197	,0476284	,87268818	,06217646
REGR factor score 8 for analysis 1	3º Grado	176	,1003274	,98115925	,07395766
	4º Grado	197	-,0896326	1,01060171	,07200239
REGR factor score 9 for analysis 1	3º Grado	176	-,0180276	,96281745	,07257510
	4º Grado	197	,0161058	1,03426906	,07368862
REGR factor score 10 for analysis 1	3º Grado	176	,1098538	,98587365	,07431302
	4º Grado	197	-,0981435	1,00480434	,07158934

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
PUNTUACIÓN GLOBAL PERCEPCIÓN ESTRESORES	Se asumen varianzas iguales	,319	,572	,904	371	,366	2,478	2,740	-2,911	7,866
	No se asumen varianzas iguales			,902	361,753	,368	2,478	2,748	-2,926	7,881
REGR factor score 1 for analysis 1	Se asumen varianzas iguales	3,751	,054	-2,203	371	,028	-,22737294	,10318725	-,43027816	-,02446772
	No se asumen varianzas iguales			-2,190	353,147	,029	-,22737294	,10384551	-,43160634	-,02313954
REGR factor score 2 for analysis 1	Se asumen varianzas iguales	2,886	,090	-,570	371	,569	-,05919741	,10381480	-,26333662	,14494181
	No se asumen varianzas iguales			-,575	370,732	,566	-,05919741	,10300283	-,26174047	,14334565
REGR factor score 3 for analysis 1	Se asumen varianzas iguales	,702	,403	3,213	371	,001	,32910979	,10244515	,12766382	,53055575
	No se asumen varianzas iguales			3,217	368,103	,001	,32910979	,10230423	,12793574	,53028383
REGR factor score 4 for analysis 1	Se asumen varianzas iguales	,051	,822	-,599	371	,550	-,06217244	,10381011	-,26630244	,14195756
	No se asumen varianzas iguales			-,599	367,178	,549	-,06217244	,10374529	-,26618192	,14183704
REGR factor score 5 for analysis 1	Se asumen varianzas iguales	1,757	,186	,436	371	,663	,04525631	,10383370	-,15892007	,24943270
	No se asumen varianzas iguales			,439	370,965	,661	,04525631	,10312018	-,15751708	,24802971
REGR factor score 6 for analysis 1	Se asumen varianzas iguales	,063	,803	2,400	371	,017	,24735528	,10306328	,04469383	,45001672
	No se asumen varianzas iguales			2,403	367,806	,017	,24735528	,10294750	,04491575	,44979481
REGR factor score 7 for analysis 1	Se asumen varianzas iguales	16,882	,000	-,973	371	,331	-,10093970	,10372798	-,30490821	,10302880
	No se asumen varianzas iguales			-,960	328,745	,338	-,10093970	,10519808	-,30788603	,10600663
REGR factor score 8 for analysis 1	Se asumen varianzas iguales	,760	,384	1,837	371	,067	,18995995	,10339098	-,01334587	,39326578
	No se asumen varianzas iguales			1,840	368,430	,067	,18995995	,10321860	-,01301155	,39293146
REGR factor score 9 for analysis 1	Se asumen varianzas iguales	1,674	,197	-,329	371	,743	-,03413339	,10384516	-,23833231	,17006553
	No se asumen varianzas iguales			-,330	370,364	,742	-,03413339	,10342706	-,23751132	,16924453
REGR factor score 10 for analysis 1	Se asumen varianzas iguales	,007	,931	2,014	371	,045	,20799738	,10329737	,00487563	,41111913
	No se asumen varianzas iguales			2,016	367,745	,045	,20799738	,10318653	,00508770	,41090706

## Tabla III Estadísticas de Grupo por Edad. T Student y Levene

Estadísticas de grupo					
Edad Agrupada		N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
PUNTUACIÓN GLOBAL PERCEPCIÓN ESTRESORES	18-21 años	242	86,43	25,319	1,628
	Mayores 21 años	131	78,25	27,648	2,416
REGR factor score 1 for analysis 1	18-21 años	242	,0418969	1,01651802	,06534425
	Mayores 21 años	131	-,0773972	,96780097	,08455716
REGR factor score 2 for analysis 1	18-21 años	242	,0278522	,96297201	,06190219
	Mayores 21 años	131	-,0514521	1,06692417	,09321760
REGR factor score 3 for analysis 1	18-21 años	242	,0543067	,96979814	,06234099
	Mayores 21 años	131	-,1003223	1,04992785	,09173262
REGR factor score 4 for analysis 1	18-21 años	242	,1118203	1,01285661	,06510889
	Mayores 21 años	131	-,2065688	,94522081	,08258433
REGR factor score 5 for analysis 1	18-21 años	242	-,0349905	,98404846	,06325703
	Mayores 21 años	131	,0646390	1,02950207	,08994801
REGR factor score 6 for analysis 1	18-21 años	242	,0709667	1,01419560	,06519496
	Mayores 21 años	131	-,1310988	,96332316	,08416594
REGR factor score 7 for analysis 1	18-21 años	242	,0288790	1,00940831	,06488722
	Mayores 21 años	131	-,0533490	,98398403	,08597108
REGR factor score 8 for analysis 1	18-21 años	242	,0354326	,95553708	,06142425
	Mayores 21 años	131	-,0654556	1,07806664	,09419112
REGR factor score 9 for analysis 1	18-21 años	242	-,0195729	,95055185	,06110379
	Mayores 21 años	131	,0361576	1,08833238	,09508804
REGR factor score 10 for analysis 1	18-21 años	242	,0198299	,97542026	,06270239
	Mayores 21 años	131	-,0366323	1,04671970	,09145233

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
PUNTUACIÓN GLOBAL PERCEPCIÓN ESTRESORES	Se asumen varianzas iguales	1,561	,212	2,881	371	,004	8,174	2,837	2,594	13,753
	No se asumen varianzas iguales			2,806	247,327	,005	8,174	2,913	2,437	13,911
REGR factor score 1 for analysis 1	Se asumen varianzas iguales	,178	,674	1,100	371	,272	,11929409	,10843973	-,09393949	,33252767
	No se asumen varianzas iguales			1,116	278,127	,265	,11929409	,10686340	-,09106971	,32965789
REGR factor score 2 for analysis 1	Se asumen varianzas iguales	1,747	,187	,731	371	,465	,07930428	,10853839	-,13412330	,29273186
	No se asumen varianzas iguales			,709	244,307	,479	,07930428	,11189907	-,14110573	,29971429
REGR factor score 3 for analysis 1	Se asumen varianzas iguales	,394	,530	1,428	371	,154	,15462898	,10831937	-,05836793	,36762588
	No se asumen varianzas iguales			1,394	249,144	,165	,15462898	,11091110	-,06381391	,37307186
REGR factor score 4 for analysis 1	Se asumen varianzas iguales	,834	,362	2,966	371	,003	,31838904	,10735127	,10729579	,52948229
	No se asumen varianzas iguales			3,028	282,879	,003	,31838904	,10516339	,11138695	,52539113
REGR factor score 5 for analysis 1	Se asumen varianzas iguales	,358	,550	-,918	371	,359	-,09962946	,10849322	-,31296822	,11370931
	No se asumen varianzas iguales			-,906	256,540	,366	-,09962946	,10996407	-,31617667	,11691776
REGR factor score 6 for analysis 1	Se asumen varianzas iguales	,248	,619	1,869	371	,062	,20206547	,10810864	-,01051707	,41464800
	No se asumen varianzas iguales			1,898	278,684	,059	,20206547	,10646261	-,00750756	,41163849
REGR factor score 7 for analysis 1	Se asumen varianzas iguales	1,199	,274	,758	371	,449	,08222802	,10853252	-,13118803	,29564407
	No se asumen varianzas iguales			,763	272,582	,446	,08222802	,10770970	-,12982061	,29427664
REGR factor score 8 for analysis 1	Se asumen varianzas iguales	1,622	,204	,930	371	,353	,10088818	,10849008	-,11244442	,31422078
	No se asumen varianzas iguales			,897	240,607	,371	,10088818	,11244957	-,12062313	,32239949
REGR factor score 9 for analysis 1	Se asumen varianzas iguales	1,258	,263	-,513	371	,608	-,05573054	,10857790	-,26923583	,15777475
	No se asumen varianzas iguales			-,493	237,670	,622	-,05573054	,11302835	-,27839589	,16693481
REGR factor score 10 for analysis 1	Se asumen varianzas iguales	1,600	,207	,520	371	,603	,05646219	,10857689	-,15704110	,26996548
	No se asumen varianzas iguales			,509	251,027	,611	,05646219	,11088335	-,16191804	,27484242

## Tabla IV Prueba $\chi^2$ de Pearson por Genero

### Resumen de procesamiento de casos

	Casos					
	Válido		Perdido		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
P1 * Genero	371	99,5%	2	0,5%	373	100,0%
P2 * Genero	370	99,2%	3	0,8%	373	100,0%
P3 * Genero	372	99,7%	1	0,3%	373	100,0%
P4 * Genero	371	99,5%	2	0,5%	373	100,0%
P5 * Genero	373	100,0%	0	0,0%	373	100,0%
P6 * Genero	371	99,5%	2	0,5%	373	100,0%
P7 * Genero	371	99,5%	2	0,5%	373	100,0%
P8 * Genero	373	100,0%	0	0,0%	373	100,0%
P9 * Genero	367	98,4%	6	1,6%	373	100,0%
P10 * Genero	371	99,5%	2	0,5%	373	100,0%
P11 * Genero	370	99,2%	3	0,8%	373	100,0%
P12 * Genero	371	99,5%	2	0,5%	373	100,0%
P13 * Genero	368	98,7%	5	1,3%	373	100,0%
P14 * Genero	371	99,5%	2	0,5%	373	100,0%
P15 * Genero	371	99,5%	2	0,5%	373	100,0%
P16 * Genero	370	99,2%	3	0,8%	373	100,0%
P17 * Genero	371	99,5%	2	0,5%	373	100,0%
P18 * Genero	372	99,7%	1	0,3%	373	100,0%
P19 * Genero	359	96,2%	14	3,8%	373	100,0%
P20 * Genero	360	96,5%	13	3,5%	373	100,0%
P21 * Genero	369	98,9%	4	1,1%	373	100,0%
P22 * Genero	363	97,3%	10	2,7%	373	100,0%
P23 * Genero	368	98,7%	5	1,3%	373	100,0%
P24 * Genero	369	98,9%	4	1,1%	373	100,0%
P25 * Genero	365	97,9%	8	2,1%	373	100,0%
P26 * Genero	358	96,0%	15	4,0%	373	100,0%
P27 * Genero	369	98,9%	4	1,1%	373	100,0%
P28 * Genero	371	99,5%	2	0,5%	373	100,0%
P29 * Genero	367	98,4%	6	1,6%	373	100,0%
P30 * Genero	367	98,4%	6	1,6%	373	100,0%
P31 * Genero	370	99,2%	3	0,8%	373	100,0%
P32 * Genero	370	99,2%	3	0,8%	373	100,0%
P33 * Genero	367	98,4%	6	1,6%	373	100,0%
P34 * Genero	365	97,9%	8	2,1%	373	100,0%
P35 * Genero	366	98,1%	7	1,9%	373	100,0%

P36 * Genero	367	98,4%	6	1,6%	373	100,0%
P37 * Genero	368	98,7%	5	1,3%	373	100,0%
P38 * Genero	371	99,5%	2	0,5%	373	100,0%
P39 * Genero	369	98,9%	4	1,1%	373	100,0%
P40 * Genero	361	96,8%	12	3,2%	373	100,0%
P41 * Genero	367	98,4%	6	1,6%	373	100,0%
P42 * Genero	369	98,9%	4	1,1%	373	100,0%
P43 * Genero	367	98,4%	6	1,6%	373	100,0%
P44 * Genero	369	98,9%	4	1,1%	373	100,0%
P45 * Genero	372	99,7%	1	0,3%	373	100,0%
P46 * Genero	369	98,9%	4	1,1%	373	100,0%
P47 * Genero	369	98,9%	4	1,1%	373	100,0%
P48 * Genero	371	99,5%	2	0,5%	373	100,0%
P49 * Genero	367	98,4%	6	1,6%	373	100,0%
P50 * Genero	371	99,5%	2	0,5%	373	100,0%

**P1 \* Genero Tabla cruzada**

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
P1	Ausencia	Recuento	21	14	35
		% dentro de Genero	9,3%	9,7%	9,4%
	Algo	Recuento	106	65	171
		% dentro de Genero	46,7%	45,1%	46,1%
	Bastante	Recuento	75	54	129
		% dentro de Genero	33,0%	37,5%	34,8%
	Alto Grado	Recuento	25	11	36
		% dentro de Genero	11,0%	7,6%	9,7%
Total		Recuento	227	144	371
		% dentro de Genero	100,0%	100,0%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,605 <sup>a</sup>	3	,658
Razón de verosimilitud	1,634	3	,652
Asociación lineal por lineal	,106	1	,745
N de casos válidos	371		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 13,58.

### P2 \* Genero Tabla cruzada

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
P2	Ausencia	Recuento	21	14	35
		% dentro de Genero	9,3%	9,7%	9,5%
	Algo	Recuento	98	55	153
		% dentro de Genero	43,4%	38,2%	41,4%
	Bastante	Recuento	83	50	133
		% dentro de Genero	36,7%	34,7%	35,9%
	Alto Grado	Recuento	24	25	49
		% dentro de Genero	10,6%	17,4%	13,2%
Total		Recuento	226	144	370
		% dentro de Genero	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,702 <sup>a</sup>	3	,295
Razón de verosimilitud	3,629	3	,304
Asociación lineal por lineal	1,523	1	,217
N de casos válidos	370		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 13,62.

### P3 \* Genero Tabla cruzada

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
P3	Ausencia	Recuento	28	31	59
		% dentro de Genero	12,3%	21,4%	15,9%
	Algo	Recuento	94	53	147
		% dentro de Genero	41,4%	36,6%	39,5%
	Bastante	Recuento	75	36	111
		% dentro de Genero	33,0%	24,8%	29,8%
	Alto Grado	Recuento	30	25	55
		% dentro de Genero	13,2%	17,2%	14,8%
Total		Recuento	227	145	372
		% dentro de Genero	100,0%	100,0%	100,0%



## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,062 <sup>a</sup>	3	,045
Razón de verosimilitud	7,971	3	,047
Asociación lineal por lineal	,871	1	,351
N de casos válidos	372		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 21,44.

## P4 \* Genero Tabla cruzada

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
P4	Ausencia	Recuento	17	8	25
		% dentro de Genero	7,5%	5,6%	6,7%
	Algo	Recuento	40	40	80
		% dentro de Genero	17,6%	27,8%	21,6%
	Bastante	Recuento	75	48	123
		% dentro de Genero	33,0%	33,3%	33,2%
	Alto Grado	Recuento	95	48	143
		% dentro de Genero	41,9%	33,3%	38,5%
Total		Recuento	227	144	371
		% dentro de Genero	100,0%	100,0%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,364 <sup>a</sup>	3	,095
Razón de verosimilitud	6,301	3	,098
Asociación lineal por lineal	2,216	1	,137
N de casos válidos	371		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 9,70.

### P5 \* Genero Tabla cruzada

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
P5	Ausencia	Recuento	16	12	28
		% dentro de Genero	7,0%	8,2%	7,5%
	Algo	Recuento	11	30	41
		% dentro de Genero	4,8%	20,5%	11,0%
	Bastante	Recuento	70	36	106
		% dentro de Genero	30,8%	24,7%	28,4%
	Alto Grado	Recuento	130	68	198
		% dentro de Genero	57,3%	46,6%	53,1%
Total		Recuento	227	146	373
		% dentro de Genero	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	23,200 <sup>a</sup>	3	,000
Razón de verosimilitud	22,839	3	,000
Asociación lineal por lineal	8,434	1	,004
N de casos válidos	373		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 10,96.

### P6 \* Genero Tabla cruzada

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
P6	Ausencia	Recuento	28	25	53
		% dentro de Genero	12,3%	17,4%	14,3%
	Algo	Recuento	40	35	75
		% dentro de Genero	17,6%	24,3%	20,2%
	Bastante	Recuento	78	41	119
		% dentro de Genero	34,4%	28,5%	32,1%
	Alto Grado	Recuento	81	43	124
		% dentro de Genero	35,7%	29,9%	33,4%
Total		Recuento	227	144	371
		% dentro de Genero	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,352 <sup>a</sup>	3	,148
Razón de verosimilitud	5,308	3	,151
Asociación lineal por lineal	4,124	1	,042
N de casos válidos	371		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 20,57.

### P7 \* Genero Tabla cruzada

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
P7	Ausencia	Recuento	10	14	24
		% dentro de Genero	4,4%	9,7%	6,5%
	Algo	Recuento	34	36	70
		% dentro de Genero	15,0%	24,8%	18,9%
	Bastante	Recuento	88	61	149
		% dentro de Genero	38,9%	42,1%	40,2%
	Alto Grado	Recuento	94	34	128
		% dentro de Genero	41,6%	23,4%	34,5%
Total		Recuento	226	145	371
		% dentro de Genero	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,860 <sup>a</sup>	3	,001
Razón de verosimilitud	17,077	3	,001
Asociación lineal por lineal	16,397	1	,000
N de casos válidos	371		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 9,38.

### P8 \* Genero Tabla cruzada

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
P8	Ausencia	Recuento	20	34	54
		% dentro de Genero	8,8%	23,3%	14,5%
	Algo	Recuento	102	57	159
		% dentro de Genero	44,9%	39,0%	42,6%
	Bastante	Recuento	82	40	122
		% dentro de Genero	36,1%	27,4%	32,7%
	Alto Grado	Recuento	23	15	38
		% dentro de Genero	10,1%	10,3%	10,2%
Total		Recuento	227	146	373
		% dentro de Genero	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,657 <sup>a</sup>	3	,001
Razón de verosimilitud	15,308	3	,002
Asociación lineal por lineal	6,374	1	,012
N de casos válidos	373		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 14,87.

### P9 \* Genero Tabla cruzada

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
P9	Ausencia	Recuento	11	14	25
		% dentro de Genero	4,9%	9,8%	6,8%
	Algo	Recuento	61	52	113
		% dentro de Genero	27,2%	36,4%	30,8%
	Bastante	Recuento	90	53	143
		% dentro de Genero	40,2%	37,1%	39,0%
	Alto Grado	Recuento	62	24	86
		% dentro de Genero	27,7%	16,8%	23,4%
Total		Recuento	224	143	367
		% dentro de Genero	100,0%	100,0%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,053 <sup>a</sup>	3	,018
Razón de verosimilitud	10,121	3	,018
Asociación lineal por lineal	10,020	1	,002
N de casos válidos	367		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 9,74.

## P10 \* Genero Tabla cruzada

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
P10	Ausencia	Recuento	5	6	11
		% dentro de Genero	2,2%	4,1%	3,0%
	Algo	Recuento	30	38	68
		% dentro de Genero	13,3%	26,2%	18,3%
	Bastante	Recuento	86	53	139
		% dentro de Genero	38,1%	36,6%	37,5%
	Alto Grado	Recuento	105	48	153
		% dentro de Genero	46,5%	33,1%	41,2%
Total		Recuento	226	145	371
		% dentro de Genero	100,0%	100,0%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,039 <sup>a</sup>	3	,005
Razón de verosimilitud	12,872	3	,005
Asociación lineal por lineal	11,675	1	,001
N de casos válidos	371		

a. 1 casillas (12,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,30.

### P11 \* Genero Tabla cruzada

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
P11	Ausencia	Recuento	5	11	16
		% dentro de Genero	2,2%	7,6%	4,3%
	Algo	Recuento	47	56	103
		% dentro de Genero	20,8%	38,9%	27,8%
	Bastante	Recuento	103	46	149
		% dentro de Genero	45,6%	31,9%	40,3%
	Alto Grado	Recuento	71	31	102
		% dentro de Genero	31,4%	21,5%	27,6%
Total		Recuento	226	144	370
		% dentro de Genero	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	23,510 <sup>a</sup>	3	,000
Razón de verosimilitud	23,255	3	,000
Asociación lineal por lineal	18,397	1	,000
N de casos válidos	370		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 6,23.

### P12 \* Genero Tabla cruzada

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
P12	Ausencia	Recuento	8	14	22
		% dentro de Genero	3,6%	9,6%	5,9%
	Algo	Recuento	63	47	110
		% dentro de Genero	28,0%	32,2%	29,6%
	Bastante	Recuento	99	60	159
		% dentro de Genero	44,0%	41,1%	42,9%
	Alto Grado	Recuento	55	25	80
		% dentro de Genero	24,4%	17,1%	21,6%
Total		Recuento	225	146	371
		% dentro de Genero	100,0%	100,0%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,336 <sup>a</sup>	3	,040
Razón de verosimilitud	8,235	3	,041
Asociación lineal por lineal	6,920	1	,009
N de casos válidos	371		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 8,66.

## P13 \* Genero Tabla cruzada

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
P13	Ausencia	Recuento	8	25	33
		% dentro de Genero	3,6%	17,1%	9,0%
	Algo	Recuento	86	59	145
		% dentro de Genero	38,7%	40,4%	39,4%
	Bastante	Recuento	98	46	144
		% dentro de Genero	44,1%	31,5%	39,1%
	Alto Grado	Recuento	30	16	46
		% dentro de Genero	13,5%	11,0%	12,5%
Total		Recuento	222	146	368
		% dentro de Genero	100,0%	100,0%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	22,069 <sup>a</sup>	3	,000
Razón de verosimilitud	21,979	3	,000
Asociación lineal por lineal	12,689	1	,000
N de casos válidos	368		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 13,09.

### P14 \* Genero Tabla cruzada

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
P14	Ausencia	Recuento	13	17	30
		% dentro de Genero	5,8%	11,7%	8,1%
	Algo	Recuento	32	33	65
		% dentro de Genero	14,2%	22,8%	17,5%
	Bastante	Recuento	86	63	149
		% dentro de Genero	38,1%	43,4%	40,2%
	Alto Grado	Recuento	95	32	127
		% dentro de Genero	42,0%	22,1%	34,2%
Total		Recuento	226	145	371
		% dentro de Genero	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,551 <sup>a</sup>	3	,000
Razón de verosimilitud	18,967	3	,000
Asociación lineal por lineal	17,190	1	,000
N de casos válidos	371		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 11,73.

### P15 \* Genero Tabla cruzada

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
P15	Ausencia	Recuento	5	10	15
		% dentro de Genero	2,2%	6,9%	4,0%
	Algo	Recuento	46	39	85
		% dentro de Genero	20,3%	27,1%	22,9%
	Bastante	Recuento	109	53	162
		% dentro de Genero	48,0%	36,8%	43,7%
	Alto Grado	Recuento	67	42	109
		% dentro de Genero	29,5%	29,2%	29,4%
Total		Recuento	227	144	371
		% dentro de Genero	100,0%	100,0%	100,0%



## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,228 <sup>a</sup>	3	,026
Razón de verosimilitud	9,098	3	,028
Asociación lineal por lineal	3,560	1	,059
N de casos válidos	371		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,82.

## P16 \* Genero Tabla cruzada

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
P16	Ausencia	Recuento	13	16	29
		% dentro de Genero	5,8%	11,0%	7,8%
	Algo	Recuento	44	34	78
		% dentro de Genero	19,6%	23,4%	21,1%
	Bastante	Recuento	86	48	134
		% dentro de Genero	38,2%	33,1%	36,2%
	Alto Grado	Recuento	82	47	129
		% dentro de Genero	36,4%	32,4%	34,9%
Total		Recuento	225	145	370
		% dentro de Genero	100,0%	100,0%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,791 <sup>a</sup>	3	,188
Razón de verosimilitud	4,703	3	,195
Asociación lineal por lineal	3,425	1	,064
N de casos válidos	370		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 11,36.

### P17 \* Genero Tabla cruzada

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
P17	Ausencia	Recuento	21	20	41
		% dentro de Genero	9,3%	13,8%	11,1%
	Algo	Recuento	59	33	92
		% dentro de Genero	26,1%	22,8%	24,8%
	Bastante	Recuento	86	54	140
		% dentro de Genero	38,1%	37,2%	37,7%
	Alto Grado	Recuento	60	38	98
		% dentro de Genero	26,5%	26,2%	26,4%
Total		Recuento	226	145	371
		% dentro de Genero	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,038 <sup>a</sup>	3	,565
Razón de verosimilitud	2,006	3	,571
Asociación lineal por lineal	,347	1	,556
N de casos válidos	371		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 16,02.

### P18 \* Genero Tabla cruzada

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
P18	Ausencia	Recuento	42	39	81
		% dentro de Genero	18,6%	26,7%	21,8%
	Algo	Recuento	101	67	168
		% dentro de Genero	44,7%	45,9%	45,2%
	Bastante	Recuento	60	22	82
		% dentro de Genero	26,5%	15,1%	22,0%
	Alto Grado	Recuento	23	18	41
		% dentro de Genero	10,2%	12,3%	11,0%
Total		Recuento	226	146	372
		% dentro de Genero	100,0%	100,0%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,396 <sup>a</sup>	3	,039
Razón de verosimilitud	8,613	3	,035
Asociación lineal por lineal	2,499	1	,114
N de casos válidos	372		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 16,09.

## P19 \* Genero Tabla cruzada

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
P19	Ausencia	Recuento	48	32	80
		% dentro de Genero	21,5%	23,5%	22,3%
	Algo	Recuento	79	51	130
		% dentro de Genero	35,4%	37,5%	36,2%
	Bastante	Recuento	60	36	96
		% dentro de Genero	26,9%	26,5%	26,7%
	Alto Grado	Recuento	36	17	53
		% dentro de Genero	16,1%	12,5%	14,8%
Total		Recuento	223	136	359
		% dentro de Genero	100,0%	100,0%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,018 <sup>a</sup>	3	,797
Razón de verosimilitud	1,034	3	,793
Asociación lineal por lineal	,826	1	,364
N de casos válidos	359		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 20,08.

### P20 \* Genero Tabla cruzada

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
P20	Ausencia	Recuento	37	25	62
		% dentro de Genero	16,7%	18,1%	17,2%
	Algo	Recuento	76	61	137
		% dentro de Genero	34,2%	44,2%	38,1%
	Bastante	Recuento	74	29	103
		% dentro de Genero	33,3%	21,0%	28,6%
	Alto Grado	Recuento	35	23	58
		% dentro de Genero	15,8%	16,7%	16,1%
Total		Recuento	222	138	360
		% dentro de Genero	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,883 <sup>a</sup>	3	,076
Razón de verosimilitud	7,041	3	,071
Asociación lineal por lineal	1,332	1	,249
N de casos válidos	360		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 22,23.

### P21 \* Genero Tabla cruzada

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
P21	Ausencia	Recuento	50	32	82
		% dentro de Genero	22,2%	22,2%	22,2%
	Algo	Recuento	85	57	142
		% dentro de Genero	37,8%	39,6%	38,5%
	Bastante	Recuento	68	39	107
		% dentro de Genero	30,2%	27,1%	29,0%
	Alto Grado	Recuento	22	16	38
		% dentro de Genero	9,8%	11,1%	10,3%
Total		Recuento	225	144	369
		% dentro de Genero	100,0%	100,0%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,524 <sup>a</sup>	3	,914
Razón de verosimilitud	,525	3	,913
Asociación lineal por lineal	,002	1	,962
N de casos válidos	369		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 14,83.

## P22 \* Genero Tabla cruzada

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
P22	Ausencia	Recuento	24	19	43
		% dentro de Genero	10,9%	13,4%	11,8%
	Algo	Recuento	65	41	106
		% dentro de Genero	29,4%	28,9%	29,2%
	Bastante	Recuento	66	44	110
		% dentro de Genero	29,9%	31,0%	30,3%
	Alto Grado	Recuento	66	38	104
		% dentro de Genero	29,9%	26,8%	28,7%
Total		Recuento	221	142	363
		% dentro de Genero	100,0%	100,0%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,799 <sup>a</sup>	3	,850
Razón de verosimilitud	,795	3	,851
Asociación lineal por lineal	,502	1	,479
N de casos válidos	363		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 16,82.

### P23 \* Genero Tabla cruzada

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
P23	Ausencia	Recuento	18	26	44
		% dentro de Genero	8,0%	18,2%	12,0%
	Algo	Recuento	38	31	69
		% dentro de Genero	16,9%	21,7%	18,8%
	Bastante	Recuento	73	44	117
		% dentro de Genero	32,4%	30,8%	31,8%
	Alto Grado	Recuento	96	42	138
		% dentro de Genero	42,7%	29,4%	37,5%
Total		Recuento	225	143	368
		% dentro de Genero	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,849 <sup>a</sup>	3	,005
Razón de verosimilitud	12,717	3	,005
Asociación lineal por lineal	12,417	1	,000
N de casos válidos	368		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 17,10.

### P24 \* Genero Tabla cruzada

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
P24	Ausencia	Recuento	12	19	31
		% dentro de Genero	5,4%	13,1%	8,4%
	Algo	Recuento	49	46	95
		% dentro de Genero	21,9%	31,7%	25,7%
	Bastante	Recuento	112	59	171
		% dentro de Genero	50,0%	40,7%	46,3%
	Alto Grado	Recuento	51	21	72
		% dentro de Genero	22,8%	14,5%	19,5%
Total		Recuento	224	145	369
		% dentro de Genero	100,0%	100,0%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,347 <sup>a</sup>	3	,002
Razón de verosimilitud	14,234	3	,003
Asociación lineal por lineal	13,495	1	,000
N de casos válidos	369		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 12,18.

## P25 \* Genero Tabla cruzada

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
P25	Ausencia	Recuento	20	27	47
		% dentro de Genero	8,9%	19,1%	12,9%
	Algo	Recuento	35	27	62
		% dentro de Genero	15,6%	19,1%	17,0%
	Bastante	Recuento	56	43	99
		% dentro de Genero	25,0%	30,5%	27,1%
	Alto Grado	Recuento	113	44	157
		% dentro de Genero	50,4%	31,2%	43,0%
Total		Recuento	224	141	365
		% dentro de Genero	100,0%	100,0%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,063 <sup>a</sup>	3	,001
Razón de verosimilitud	16,139	3	,001
Asociación lineal por lineal	14,446	1	,000
N de casos válidos	365		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 18,16.

### P26 \* Genero Tabla cruzada

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
P26	Ausencia	Recuento	15	23	38
		% dentro de Genero	6,7%	17,0%	10,6%
	Algo	Recuento	24	17	41
		% dentro de Genero	10,8%	12,6%	11,5%
	Bastante	Recuento	31	33	64
		% dentro de Genero	13,9%	24,4%	17,9%
	Alto Grado	Recuento	153	62	215
		% dentro de Genero	68,6%	45,9%	60,1%
Total		Recuento	223	135	358
		% dentro de Genero	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21,102 <sup>a</sup>	3	,000
Razón de verosimilitud	20,863	3	,000
Asociación lineal por lineal	16,045	1	,000
N de casos válidos	358		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 14,33.

### P27 \* Genero Tabla cruzada

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
P27	Ausencia	Recuento	16	18	34
		% dentro de Genero	7,1%	12,5%	9,2%
	Algo	Recuento	26	37	63
		% dentro de Genero	11,6%	25,7%	17,1%
	Bastante	Recuento	95	50	145
		% dentro de Genero	42,2%	34,7%	39,3%
	Alto Grado	Recuento	88	39	127
		% dentro de Genero	39,1%	27,1%	34,4%
Total		Recuento	225	144	369
		% dentro de Genero	100.0%	100.0%	100.0%



## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,996 <sup>a</sup>	3	,000
Razón de verosimilitud	17,726	3	,001
Asociación lineal por lineal	13,530	1	,000
N de casos válidos	369		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 13,27.

## P28 \* Genero Tabla cruzada

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
P28	Ausencia	Recuento	10	9	19
		% dentro de Genero	4,4%	6,2%	5,1%
	Algo	Recuento	60	42	102
		% dentro de Genero	26,5%	29,0%	27,5%
	Bastante	Recuento	107	52	159
		% dentro de Genero	47,3%	35,9%	42,9%
	Alto Grado	Recuento	49	42	91
		% dentro de Genero	21,7%	29,0%	24,5%
Total		Recuento	226	145	371
		% dentro de Genero	100,0%	100,0%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,364 <sup>a</sup>	3	,147
Razón de verosimilitud	5,381	3	,146
Asociación lineal por lineal	,021	1	,884
N de casos válidos	371		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 7,43.

### P29 \* Genero Tabla cruzada

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
P29	Ausencia	Recuento	17	15	32
		% dentro de Genero	7,6%	10,4%	8,7%
	Algo	Recuento	37	25	62
		% dentro de Genero	16,6%	17,4%	16,9%
	Bastante	Recuento	78	52	130
		% dentro de Genero	35,0%	36,1%	35,4%
	Alto Grado	Recuento	91	52	143
		% dentro de Genero	40,8%	36,1%	39,0%
Total		Recuento	223	144	367
		% dentro de Genero	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,341 <sup>a</sup>	3	,720
Razón de verosimilitud	1,331	3	,722
Asociación lineal por lineal	1,177	1	,278
N de casos válidos	367		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 12,56.

### P30 \* Genero Tabla cruzada

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
P30	Ausencia	Recuento	16	17	33
		% dentro de Genero	7,1%	11,9%	9,0%
	Algo	Recuento	36	32	68
		% dentro de Genero	16,1%	22,4%	18,5%
	Bastante	Recuento	93	55	148
		% dentro de Genero	41,5%	38,5%	40,3%
	Alto Grado	Recuento	79	39	118
		% dentro de Genero	35,3%	27,3%	32,2%
Total		Recuento	224	143	367
		% dentro de Genero	100,0%	100,0%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,996 <sup>a</sup>	3	,112
Razón de verosimilitud	5,939	3	,115
Asociación lineal por lineal	5,699	1	,017
N de casos válidos	367		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 12,86.

## P31 \* Genero Tabla cruzada

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
P31	Ausencia	Recuento	30	27	57
		% dentro de Genero	13,3%	18,8%	15,4%
	Algo	Recuento	40	33	73
		% dentro de Genero	17,7%	22,9%	19,7%
	Bastante	Recuento	87	55	142
		% dentro de Genero	38,5%	38,2%	38,4%
	Alto Grado	Recuento	69	29	98
		% dentro de Genero	30,5%	20,1%	26,5%
Total		Recuento	226	144	370
		% dentro de Genero	100,0%	100,0%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,514 <sup>a</sup>	3	,089
Razón de verosimilitud	6,592	3	,086
Asociación lineal por lineal	6,064	1	,014
N de casos válidos	370		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 22,18.

### P32 \* Genero Tabla cruzada

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
P32	Ausencia	Recuento	42	31	73
		% dentro de Genero	18,6%	21,5%	19,7%
	Algo	Recuento	57	42	99
		% dentro de Genero	25,2%	29,2%	26,8%
	Bastante	Recuento	79	49	128
		% dentro de Genero	35,0%	34,0%	34,6%
	Alto Grado	Recuento	48	22	70
		% dentro de Genero	21,2%	15,3%	18,9%
Total		Recuento	226	144	370
		% dentro de Genero	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,572 <sup>a</sup>	3	,462
Razón de verosimilitud	2,610	3	,456
Asociación lineal por lineal	2,141	1	,143
N de casos válidos	370		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 27,24.

### P33 \* Genero Tabla cruzada

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
P33	Ausencia	Recuento	29	20	49
		% dentro de Genero	12,9%	14,0%	13,4%
	Algo	Recuento	74	44	118
		% dentro de Genero	33,0%	30,8%	32,2%
	Bastante	Recuento	94	59	153
		% dentro de Genero	42,0%	41,3%	41,7%
	Alto Grado	Recuento	27	20	47
		% dentro de Genero	12,1%	14,0%	12,8%
Total		Recuento	224	143	367
		% dentro de Genero	100,0%	100,0%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,475 <sup>a</sup>	3	,924
Razón de verosimilitud	,473	3	,925
Asociación lineal por lineal	,051	1	,822
N de casos válidos	367		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 18,31.

## P34 \* Genero Tabla cruzada

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
P34	Ausencia	Recuento	100	66	166
		% dentro de Genero	44,4%	47,1%	45,5%
	Algo	Recuento	67	41	108
		% dentro de Genero	29,8%	29,3%	29,6%
	Bastante	Recuento	45	21	66
		% dentro de Genero	20,0%	15,0%	18,1%
	Alto Grado	Recuento	13	12	25
		% dentro de Genero	5,8%	8,6%	6,8%
Total		Recuento	225	140	365
		% dentro de Genero	100,0%	100,0%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,322 <sup>a</sup>	3	,508
Razón de verosimilitud	2,328	3	,507
Asociación lineal por lineal	,043	1	,836
N de casos válidos	365		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 9,59.

### P35 \* Genero Tabla cruzada

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
P35	Ausencia	Recuento	38	31	69
		% dentro de Genero	16,8%	22,1%	18,9%
	Algo	Recuento	85	50	135
		% dentro de Genero	37,6%	35,7%	36,9%
	Bastante	Recuento	76	42	118
		% dentro de Genero	33,6%	30,0%	32,2%
	Alto Grado	Recuento	27	17	44
		% dentro de Genero	11,9%	12,1%	12,0%
Total		Recuento	226	140	366
		% dentro de Genero	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,742 <sup>a</sup>	3	,628
Razón de verosimilitud	1,722	3	,632
Asociación lineal por lineal	,743	1	,389
N de casos válidos	366		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 16,83.

### P36 \* Genero Tabla cruzada

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
P36	Ausencia	Recuento	44	51	95
		% dentro de Genero	19,7%	35,4%	25,9%
	Algo	Recuento	55	42	97
		% dentro de Genero	24,7%	29,2%	26,4%
	Bastante	Recuento	63	32	95
		% dentro de Genero	28,3%	22,2%	25,9%
	Alto Grado	Recuento	61	19	80
		% dentro de Genero	27,4%	13,2%	21,8%
Total		Recuento	223	144	367
		% dentro de Genero	100,0%	100,0%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,265 <sup>a</sup>	3	,000
Razón de verosimilitud	18,623	3	,000
Asociación lineal por lineal	18,211	1	,000
N de casos válidos	367		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 31,39.

**P37 \* Genero Tabla cruzada**

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
P37	Ausencia	Recuento	28	48	76
		% dentro de Genero	12,5%	33,3%	20,7%
	Algo	Recuento	53	43	96
		% dentro de Genero	23,7%	29,9%	26,1%
	Bastante	Recuento	77	34	111
		% dentro de Genero	34,4%	23,6%	30,2%
	Alto Grado	Recuento	66	19	85
		% dentro de Genero	29,5%	13,2%	23,1%
Total		Recuento	224	144	368
		% dentro de Genero	100,0%	100,0%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	33,125 <sup>a</sup>	3	,000
Razón de verosimilitud	33,447	3	,000
Asociación lineal por lineal	32,056	1	,000
N de casos válidos	368		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 29,74.

### P38 \* Genero Tabla cruzada

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
P38	Ausencia	Recuento	13	28	41
		% dentro de Genero	5,8%	19,3%	11,1%
	Algo	Recuento	89	59	148
		% dentro de Genero	39,4%	40,7%	39,9%
	Bastante	Recuento	94	45	139
		% dentro de Genero	41,6%	31,0%	37,5%
	Alto Grado	Recuento	30	13	43
		% dentro de Genero	13,3%	9,0%	11,6%
Total		Recuento	226	145	371
		% dentro de Genero	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,773 <sup>a</sup>	3	,000
Razón de verosimilitud	18,471	3	,000
Asociación lineal por lineal	13,431	1	,000
N de casos válidos	371		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 16,02.

### P39 \* Genero Tabla cruzada

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
P39	Ausencia	Recuento	4	7	11
		% dentro de Genero	1,8%	4,9%	3,0%
	Algo	Recuento	38	30	68
		% dentro de Genero	16,9%	20,8%	18,4%
	Bastante	Recuento	101	70	171
		% dentro de Genero	44,9%	48,6%	46,3%
	Alto Grado	Recuento	82	37	119
		% dentro de Genero	36,4%	25,7%	32,2%
Total		Recuento	225	144	369
		% dentro de Genero	100,0%	100,0%	100,0%



## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,950 <sup>a</sup>	3	,073
Razón de verosimilitud	6,944	3	,074
Asociación lineal por lineal	6,148	1	,013
N de casos válidos	369		

a. 1 casillas (12,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,29.

## P40 \* Genero Tabla cruzada

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
P40	Ausencia	Recuento	10	17	27
		% dentro de Genero	4,5%	12,1%	7,5%
	Algo	Recuento	43	30	73
		% dentro de Genero	19,5%	21,4%	20,2%
	Bastante	Recuento	78	45	123
		% dentro de Genero	35,3%	32,1%	34,1%
	Alto Grado	Recuento	90	48	138
		% dentro de Genero	40,7%	34,3%	38,2%
Total		Recuento	221	140	361
		% dentro de Genero	100,0%	100,0%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,994 <sup>a</sup>	3	,046
Razón de verosimilitud	7,784	3	,051
Asociación lineal por lineal	5,414	1	,020
N de casos válidos	361		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 10,47.

### P41 \* Genero Tabla cruzada

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
P41	Ausencia	Recuento	24	29	53
		% dentro de Genero	10,7%	20,3%	14,4%
	Algo	Recuento	66	44	110
		% dentro de Genero	29,5%	30,8%	30,0%
	Bastante	Recuento	88	56	144
		% dentro de Genero	39,3%	39,2%	39,2%
	Alto Grado	Recuento	46	14	60
		% dentro de Genero	20,5%	9,8%	16,3%
Total		Recuento	224	143	367
		% dentro de Genero	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,744 <sup>a</sup>	3	,008
Razón de verosimilitud	12,033	3	,007
Asociación lineal por lineal	9,838	1	,002
N de casos válidos	367		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 20,65.

### P42 \* Genero Tabla cruzada

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
P42	Ausencia	Recuento	27	18	45
		% dentro de Genero	12,1%	12,4%	12,2%
	Algo	Recuento	68	46	114
		% dentro de Genero	30,4%	31,7%	30,9%
	Bastante	Recuento	91	49	140
		% dentro de Genero	40,6%	33,8%	37,9%
	Alto Grado	Recuento	38	32	70
		% dentro de Genero	17,0%	22,1%	19,0%
Total		Recuento	224	145	369
		% dentro de Genero	100,0%	100,0%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,355 <sup>a</sup>	3	,502
Razón de verosimilitud	2,351	3	,503
Asociación lineal por lineal	,094	1	,760
N de casos válidos	369		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 17,68.

**P43 \* Genero Tabla cruzada**

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
P43	Ausencia	Recuento	36	26	62
		% dentro de Genero	16,0%	18,3%	16,9%
	Algo	Recuento	67	44	111
		% dentro de Genero	29,8%	31,0%	30,2%
	Bastante	Recuento	76	36	112
		% dentro de Genero	33,8%	25,4%	30,5%
	Alto Grado	Recuento	46	36	82
		% dentro de Genero	20,4%	25,4%	22,3%
Total		Recuento	225	142	367
		% dentro de Genero	100,0%	100,0%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,281 <sup>a</sup>	3	,350
Razón de verosimilitud	3,315	3	,346
Asociación lineal por lineal	,007	1	,933
N de casos válidos	367		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 23,99.

### P44 \* Genero Tabla cruzada

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
P44	Ausencia	Recuento	9	15	24
		% dentro de Genero	4,0%	10,3%	6,5%
	Algo	Recuento	86	47	133
		% dentro de Genero	38,4%	32,4%	36,0%
	Bastante	Recuento	90	64	154
		% dentro de Genero	40,2%	44,1%	41,7%
	Alto Grado	Recuento	39	19	58
		% dentro de Genero	17,4%	13,1%	15,7%
Total		Recuento	224	145	369
		% dentro de Genero	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,660 <sup>a</sup>	3	,054
Razón de verosimilitud	7,528	3	,057
Asociación lineal por lineal	1,588	1	,208
N de casos válidos	369		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 9,43.

### P45 \* Genero Tabla cruzada

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
P45	Ausencia	Recuento	10	12	22
		% dentro de Genero	4,4%	8,2%	5,9%
	Algo	Recuento	48	40	88
		% dentro de Genero	21,2%	27,4%	23,7%
	Bastante	Recuento	114	66	180
		% dentro de Genero	50,4%	45,2%	48,4%
	Alto Grado	Recuento	54	28	82
		% dentro de Genero	23,9%	19,2%	22,0%
Total		Recuento	226	146	372
		% dentro de Genero	100,0%	100,0%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,979 <sup>a</sup>	3	,173
Razón de verosimilitud	4,915	3	,178
Asociación lineal por lineal	4,464	1	,035
N de casos válidos	372		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 8,63.

## P46 \* Genero Tabla cruzada

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
P46	Ausencia	Recuento	28	21	49
		% dentro de Genero	12,4%	14,7%	13,3%
	Algo	Recuento	67	41	108
		% dentro de Genero	29,6%	28,7%	29,3%
	Bastante	Recuento	87	51	138
		% dentro de Genero	38,5%	35,7%	37,4%
	Alto Grado	Recuento	44	30	74
		% dentro de Genero	19,5%	21,0%	20,1%
Total		Recuento	226	143	369
		% dentro de Genero	100,0%	100,0%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,663 <sup>a</sup>	3	,882
Razón de verosimilitud	,660	3	,883
Asociación lineal por lineal	,043	1	,835
N de casos válidos	369		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 18,99.

### P47 \* Genero Tabla cruzada

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
P47	Ausencia	Recuento	106	71	177
		% dentro de Genero	46,7%	50,0%	48,0%
	Algo	Recuento	64	36	100
		% dentro de Genero	28,2%	25,4%	27,1%
	Bastante	Recuento	37	24	61
		% dentro de Genero	16,3%	16,9%	16,5%
	Alto Grado	Recuento	20	11	31
		% dentro de Genero	8,8%	7,7%	8,4%
Total		Recuento	227	142	369
		% dentro de Genero	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,596 <sup>a</sup>	3	,897
Razón de verosimilitud	,598	3	,897
Asociación lineal por lineal	,212	1	,645
N de casos válidos	369		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 11,93.

### P48 \* Genero Tabla cruzada

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
P48	Ausencia	Recuento	45	27	72
		% dentro de Genero	19,9%	18,6%	19,4%
	Algo	Recuento	79	53	132
		% dentro de Genero	35,0%	36,6%	35,6%
	Bastante	Recuento	69	44	113
		% dentro de Genero	30,5%	30,3%	30,5%
	Alto Grado	Recuento	33	21	54
		% dentro de Genero	14,6%	14,5%	14,6%
Total		Recuento	226	145	371
		% dentro de Genero	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,141 <sup>a</sup>	3	,987
Razón de verosimilitud	,141	3	,986
Asociación lineal por lineal	,007	1	,932
N de casos válidos	371		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 21,11.

### P49 \* Genero Tabla cruzada

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
P49	Ausencia	Recuento	101	70	171
		% dentro de Genero	45,1%	49,0%	46,6%
	Algo	Recuento	69	25	94
		% dentro de Genero	30,8%	17,5%	25,6%
	Bastante	Recuento	31	34	65
		% dentro de Genero	13,8%	23,8%	17,7%
	Alto Grado	Recuento	23	14	37
		% dentro de Genero	10,3%	9,8%	10,1%
Total		Recuento	224	143	367
		% dentro de Genero	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,212 <sup>a</sup>	3	,011
Razón de verosimilitud	11,398	3	,010
Asociación lineal por lineal	,220	1	,639
N de casos válidos	367		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 14,42.

### P50 \* Genero Tabla cruzada

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
P50	Ausencia	Recuento	22	16	38
		% dentro de Genero	9,8%	11,0%	10,2%
	Algo	Recuento	50	38	88
		% dentro de Genero	22,2%	26,0%	23,7%
	Bastante	Recuento	76	35	111
		% dentro de Genero	33,8%	24,0%	29,9%
	Alto Grado	Recuento	77	57	134
		% dentro de Genero	34,2%	39,0%	36,1%
Total		Recuento	225	146	371
		% dentro de Genero	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,076 <sup>a</sup>	3	,253
Razón de verosimilitud	4,146	3	,246
Asociación lineal por lineal	,016	1	,899
N de casos válidos	371		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 14,95.



**Tabla IV Prueba Chi<sup>2</sup> de Pearson por Curso****Resumen de procesamiento de casos**

	Casos					
	Válido		Perdido		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
P1 * Curso Actual	371	99,5%	2	0,5%	373	100,0%
P2 * Curso Actual	370	99,2%	3	0,8%	373	100,0%
P3 * Curso Actual	372	99,7%	1	0,3%	373	100,0%
P4 * Curso Actual	371	99,5%	2	0,5%	373	100,0%
P5 * Curso Actual	373	100,0%	0	0,0%	373	100,0%
P6 * Curso Actual	371	99,5%	2	0,5%	373	100,0%
P7 * Curso Actual	371	99,5%	2	0,5%	373	100,0%
P8 * Curso Actual	373	100,0%	0	0,0%	373	100,0%
P9 * Curso Actual	367	98,4%	6	1,6%	373	100,0%
P10 * Curso Actual	371	99,5%	2	0,5%	373	100,0%
P11 * Curso Actual	370	99,2%	3	0,8%	373	100,0%
P12 * Curso Actual	371	99,5%	2	0,5%	373	100,0%
P13 * Curso Actual	368	98,7%	5	1,3%	373	100,0%
P14 * Curso Actual	371	99,5%	2	0,5%	373	100,0%
P15 * Curso Actual	371	99,5%	2	0,5%	373	100,0%
P16 * Curso Actual	370	99,2%	3	0,8%	373	100,0%
P17 * Curso Actual	371	99,5%	2	0,5%	373	100,0%
P18 * Curso Actual	372	99,7%	1	0,3%	373	100,0%
P19 * Curso Actual	359	96,2%	14	3,8%	373	100,0%
P20 * Curso Actual	360	96,5%	13	3,5%	373	100,0%
P21 * Curso Actual	369	98,9%	4	1,1%	373	100,0%
P22 * Curso Actual	363	97,3%	10	2,7%	373	100,0%
P23 * Curso Actual	368	98,7%	5	1,3%	373	100,0%
P24 * Curso Actual	369	98,9%	4	1,1%	373	100,0%
P25 * Curso Actual	365	97,9%	8	2,1%	373	100,0%
P26 * Curso Actual	358	96,0%	15	4,0%	373	100,0%
P27 * Curso Actual	369	98,9%	4	1,1%	373	100,0%
P28 * Curso Actual	371	99,5%	2	0,5%	373	100,0%
P29 * Curso Actual	367	98,4%	6	1,6%	373	100,0%
P30 * Curso Actual	367	98,4%	6	1,6%	373	100,0%
P31 * Curso Actual	370	99,2%	3	0,8%	373	100,0%
P32 * Curso Actual	370	99,2%	3	0,8%	373	100,0%
P33 * Curso Actual	367	98,4%	6	1,6%	373	100,0%
P34 * Curso Actual	365	97,9%	8	2,1%	373	100,0%
P35 * Curso Actual	366	98,1%	7	1,9%	373	100,0%

P36 * Curso Actual	367	98,4%	6	1,6%	373	100,0%
P37 * Curso Actual	368	98,7%	5	1,3%	373	100,0%
P38 * Curso Actual	371	99,5%	2	0,5%	373	100,0%
P39 * Curso Actual	369	98,9%	4	1,1%	373	100,0%
P40 * Curso Actual	361	96,8%	12	3,2%	373	100,0%
P41 * Curso Actual	367	98,4%	6	1,6%	373	100,0%
P42 * Curso Actual	369	98,9%	4	1,1%	373	100,0%
P43 * Curso Actual	367	98,4%	6	1,6%	373	100,0%
P44 * Curso Actual	369	98,9%	4	1,1%	373	100,0%
P45 * Curso Actual	372	99,7%	1	0,3%	373	100,0%
P46 * Curso Actual	369	98,9%	4	1,1%	373	100,0%
P47 * Curso Actual	369	98,9%	4	1,1%	373	100,0%
P48 * Curso Actual	371	99,5%	2	0,5%	373	100,0%
P49 * Curso Actual	367	98,4%	6	1,6%	373	100,0%
P50 * Curso Actual	371	99,5%	2	0,5%	373	100,0%

### P1 \* Curso Actual Tabla cruzada

			Curso Actual		Total
			3º Grado	4º Grado	
P1	Ausencia	Recuento	17	18	35
		% dentro de Curso Actual	9,8%	9,1%	9,4%
	Algo	Recuento	79	92	171
		% dentro de Curso Actual	45,4%	46,7%	46,1%
	Bastante	Recuento	60	69	129
		% dentro de Curso Actual	34,5%	35,0%	34,8%
	Alto Grado	Recuento	18	18	36
		% dentro de Curso Actual	10,3%	9,1%	9,7%
Total		Recuento	174	197	371
		% dentro de Curso Actual	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,220 <sup>a</sup>	3	,974
Razón de verosimilitud	,219	3	,974
Asociación lineal por lineal	,022	1	,881
N de casos válidos	371		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 16,42.

**P2 \* Curso Actual Tabla cruzada**

			Curso Actual		Total
			3º Grado	4º Grado	
P2	Ausencia	Recuento	11	24	35
		% dentro de Curso Actual	6,4%	12,2%	9,5%
	Algo	Recuento	66	87	153
		% dentro de Curso Actual	38,2%	44,2%	41,4%
	Bastante	Recuento	72	61	133
		% dentro de Curso Actual	41,6%	31,0%	35,9%
	Alto Grado	Recuento	24	25	49
		% dentro de Curso Actual	13,9%	12,7%	13,2%
Total		Recuento	173	197	370
		% dentro de Curso Actual	100,0%	100,0%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,114 <sup>a</sup>	3	,068
Razón de verosimilitud	7,211	3	,065
Asociación lineal por lineal	4,639	1	,031
N de casos válidos	370		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 16,36.

**P3 \* Curso Actual Tabla cruzada**

			Curso Actual		Total
			3º Grado	4º Grado	
P3	Ausencia	Recuento	27	32	59
		% dentro de Curso Actual	15,4%	16,2%	15,9%
	Algo	Recuento	67	80	147
		% dentro de Curso Actual	38,3%	40,6%	39,5%
	Bastante	Recuento	51	60	111
		% dentro de Curso Actual	29,1%	30,5%	29,8%
	Alto Grado	Recuento	30	25	55
		% dentro de Curso Actual	17,1%	12,7%	14,8%
Total		Recuento	175	197	372
		% dentro de Curso Actual	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,462 <sup>a</sup>	3	,691
Razón de verosimilitud	1,459	3	,692
Asociación lineal por lineal	,761	1	,383
N de casos válidos	372		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 25,87.

### P4 \* Curso Actual Tabla cruzada

			Curso Actual		Total
			3º Grado	4º Grado	
P4	Ausencia	Recuento	17	8	25
		% dentro de Curso Actual	9,7%	4,1%	6,7%
	Algo	Recuento	35	45	80
		% dentro de Curso Actual	20,0%	23,0%	21,6%
	Bastante	Recuento	60	63	123
		% dentro de Curso Actual	34,3%	32,1%	33,2%
	Alto Grado	Recuento	63	80	143
		% dentro de Curso Actual	36,0%	40,8%	38,5%
Total		Recuento	175	196	371
		% dentro de Curso Actual	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,413 <sup>a</sup>	3	,144
Razón de verosimilitud	5,477	3	,140
Asociación lineal por lineal	1,826	1	,177
N de casos válidos	371		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 11,79.

**P5 \* Curso Actual Tabla cruzada**

			Curso Actual		Total
			3º Grado	4º Grado	
P5	Ausencia	Recuento	15	13	28
		% dentro de Curso Actual	8,5%	6,6%	7,5%
	Algo	Recuento	16	25	41
		% dentro de Curso Actual	9,1%	12,7%	11,0%
	Bastante	Recuento	38	68	106
		% dentro de Curso Actual	21,6%	34,5%	28,4%
	Alto Grado	Recuento	107	91	198
		% dentro de Curso Actual	60,8%	46,2%	53,1%
Total		Recuento	176	197	373
		% dentro de Curso Actual	100,0%	100,0%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,754 <sup>a</sup>	3	,013
Razón de verosimilitud	10,854	3	,013
Asociación lineal por lineal	2,201	1	,138
N de casos válidos	373		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 13,21.

**P6 \* Curso Actual Tabla cruzada**

			Curso Actual		Total
			3º Grado	4º Grado	
P6	Ausencia	Recuento	24	29	53
		% dentro de Curso Actual	13,6%	14,9%	14,3%
	Algo	Recuento	28	47	75
		% dentro de Curso Actual	15,9%	24,1%	20,2%
	Bastante	Recuento	49	70	119
		% dentro de Curso Actual	27,8%	35,9%	32,1%
	Alto Grado	Recuento	75	49	124
		% dentro de Curso Actual	42,6%	25,1%	33,4%
Total		Recuento	176	195	371
		% dentro de Curso Actual	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,505 <sup>a</sup>	3	,004
Razón de verosimilitud	13,583	3	,004
Asociación lineal por lineal	6,743	1	,009
N de casos válidos	371		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 25,14.

### P7 \* Curso Actual Tabla cruzada

			Curso Actual		Total
			3º Grado	4º Grado	
P7	Ausencia	Recuento	12	12	24
		% dentro de Curso Actual	6,9%	6,1%	6,5%
	Algo	Recuento	29	41	70
		% dentro de Curso Actual	16,6%	20,9%	18,9%
	Bastante	Recuento	69	80	149
		% dentro de Curso Actual	39,4%	40,8%	40,2%
	Alto Grado	Recuento	65	63	128
		% dentro de Curso Actual	37,1%	32,1%	34,5%
Total		Recuento	175	196	371
		% dentro de Curso Actual	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,717 <sup>a</sup>	3	,633
Razón de verosimilitud	1,722	3	,632
Asociación lineal por lineal	,723	1	,395
N de casos válidos	371		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 11,32.

**P8 \* Curso Actual Tabla cruzada**

			Curso Actual		Total
			3º Grado	4º Grado	
P8	Ausencia	Recuento	26	28	54
		% dentro de Curso Actual	14,8%	14,2%	14,5%
	Algo	Recuento	76	83	159
		% dentro de Curso Actual	43,2%	42,1%	42,6%
	Bastante	Recuento	52	70	122
		% dentro de Curso Actual	29,5%	35,5%	32,7%
	Alto Grado	Recuento	22	16	38
		% dentro de Curso Actual	12,5%	8,1%	10,2%
Total		Recuento	176	197	373
		% dentro de Curso Actual	100,0%	100,0%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,812 <sup>a</sup>	3	,422
Razón de verosimilitud	2,816	3	,421
Asociación lineal por lineal	,062	1	,803
N de casos válidos	373		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 17,93.

**P9 \* Curso Actual Tabla cruzada**

			Curso Actual		Total
			3º Grado	4º Grado	
P9	Ausencia	Recuento	15	10	25
		% dentro de Curso Actual	8,7%	5,1%	6,8%
	Algo	Recuento	48	65	113
		% dentro de Curso Actual	27,9%	33,3%	30,8%
	Bastante	Recuento	71	72	143
		% dentro de Curso Actual	41,3%	36,9%	39,0%
	Alto Grado	Recuento	38	48	86
		% dentro de Curso Actual	22,1%	24,6%	23,4%
Total		Recuento	172	195	367
		% dentro de Curso Actual	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,299 <sup>a</sup>	3	,348
Razón de verosimilitud	3,304	3	,347
Asociación lineal por lineal	,217	1	,642
N de casos válidos	367		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 11,72.

### P10 \* Curso Actual Tabla cruzada

			Curso Actual		Total
			3º Grado	4º Grado	
P10	Ausencia	Recuento	5	6	11
		% dentro de Curso Actual	2,9%	3,1%	3,0%
	Algo	Recuento	29	39	68
		% dentro de Curso Actual	16,6%	19,9%	18,3%
	Bastante	Recuento	62	77	139
		% dentro de Curso Actual	35,4%	39,3%	37,5%
	Alto Grado	Recuento	79	74	153
		% dentro de Curso Actual	45,1%	37,8%	41,2%
Total		Recuento	175	196	371
		% dentro de Curso Actual	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,162 <sup>a</sup>	3	,540
Razón de verosimilitud	2,163	3	,539
Asociación lineal por lineal	1,664	1	,197
N de casos válidos	371		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,19.



**P11 \* Curso Actual Tabla cruzada**

			Curso Actual		Total
			3º Grado	4º Grado	
P11	Ausencia	Recuento	6	10	16
		% dentro de Curso Actual	3,4%	5,1%	4,3%
	Algo	Recuento	51	52	103
		% dentro de Curso Actual	29,3%	26,5%	27,8%
	Bastante	Recuento	73	76	149
		% dentro de Curso Actual	42,0%	38,8%	40,3%
	Alto Grado	Recuento	44	58	102
		% dentro de Curso Actual	25,3%	29,6%	27,6%
Total		Recuento	174	196	370
		% dentro de Curso Actual	100,0%	100,0%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,690 <sup>a</sup>	3	,639
Razón de verosimilitud	1,700	3	,637
Asociación lineal por lineal	,182	1	,669
N de casos válidos	370		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 7,52.

**P12 \* Curso Actual Tabla cruzada**

			Curso Actual		Total
			3º Grado	4º Grado	
P12	Ausencia	Recuento	6	16	22
		% dentro de Curso Actual	3,4%	8,2%	5,9%
	Algo	Recuento	55	55	110
		% dentro de Curso Actual	31,4%	28,1%	29,6%
	Bastante	Recuento	76	83	159
		% dentro de Curso Actual	43,4%	42,3%	42,9%
	Alto Grado	Recuento	38	42	80
		% dentro de Curso Actual	21,7%	21,4%	21,6%
Total		Recuento	175	196	371
		% dentro de Curso Actual	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,877 <sup>a</sup>	3	,275
Razón de verosimilitud	4,036	3	,258
Asociación lineal por lineal	,530	1	,467
N de casos válidos	371		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 10,38.

### P13 \* Curso Actual Tabla cruzada

			Curso Actual		Total
			3º Grado	4º Grado	
P13	Ausencia	Recuento	19	14	33
		% dentro de Curso Actual	11,0%	7,1%	9,0%
	Algo	Recuento	67	78	145
		% dentro de Curso Actual	39,0%	39,8%	39,4%
	Bastante	Recuento	66	78	144
		% dentro de Curso Actual	38,4%	39,8%	39,1%
	Alto Grado	Recuento	20	26	46
		% dentro de Curso Actual	11,6%	13,3%	12,5%
Total		Recuento	172	196	368
		% dentro de Curso Actual	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,817 <sup>a</sup>	3	,611
Razón de verosimilitud	1,815	3	,612
Asociación lineal por lineal	,999	1	,318
N de casos válidos	368		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 15,42.

**P14 \* Curso Actual Tabla cruzada**

			Curso Actual		Total
			3º Grado	4º Grado	
P14	Ausencia	Recuento	16	14	30
		% dentro de Curso Actual	9,1%	7,1%	8,1%
	Algo	Recuento	35	30	65
		% dentro de Curso Actual	20,0%	15,3%	17,5%
	Bastante	Recuento	60	89	149
		% dentro de Curso Actual	34,3%	45,4%	40,2%
	Alto Grado	Recuento	64	63	127
		% dentro de Curso Actual	36,6%	32,1%	34,2%
Total		Recuento	175	196	371
		% dentro de Curso Actual	100,0%	100,0%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,997 <sup>a</sup>	3	,172
Razón de verosimilitud	5,017	3	,171
Asociación lineal por lineal	,199	1	,655
N de casos válidos	371		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 14,15.

**P15 \* Curso Actual Tabla cruzada**

			Curso Actual		Total
			3º Grado	4º Grado	
P15	Ausencia	Recuento	7	8	15
		% dentro de Curso Actual	4,0%	4,1%	4,0%
	Algo	Recuento	43	42	85
		% dentro de Curso Actual	24,6%	21,4%	22,9%
	Bastante	Recuento	75	87	162
		% dentro de Curso Actual	42,9%	44,4%	43,7%
	Alto Grado	Recuento	50	59	109
		% dentro de Curso Actual	28,6%	30,1%	29,4%
Total		Recuento	175	196	371
		% dentro de Curso Actual	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,523 <sup>a</sup>	3	,914
Razón de verosimilitud	,523	3	,914
Asociación lineal por lineal	,274	1	,601
N de casos válidos	371		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 7,08.

### P16 \* Curso Actual Tabla cruzada

			Curso Actual		Total
			3º Grado	4º Grado	
P16	Ausencia	Recuento	15	14	29
		% dentro de Curso Actual	8,6%	7,1%	7,8%
	Algo	Recuento	31	47	78
		% dentro de Curso Actual	17,8%	24,0%	21,1%
	Bastante	Recuento	63	71	134
		% dentro de Curso Actual	36,2%	36,2%	36,2%
	Alto Grado	Recuento	65	64	129
		% dentro de Curso Actual	37,4%	32,7%	34,9%
Total		Recuento	174	196	370
		% dentro de Curso Actual	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,503 <sup>a</sup>	3	,475
Razón de verosimilitud	2,517	3	,472
Asociación lineal por lineal	,659	1	,417
N de casos válidos	370		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 13,64.

**P17 \* Curso Actual Tabla cruzada**

			Curso Actual		Total
			3º Grado	4º Grado	
P17	Ausencia	Recuento	17	24	41
		% dentro de Curso Actual	9,7%	12,2%	11,1%
	Algo	Recuento	38	54	92
		% dentro de Curso Actual	21,7%	27,6%	24,8%
	Bastante	Recuento	78	62	140
		% dentro de Curso Actual	44,6%	31,6%	37,7%
	Alto Grado	Recuento	42	56	98
		% dentro de Curso Actual	24,0%	28,6%	26,4%
Total		Recuento	175	196	371
		% dentro de Curso Actual	100,0%	100,0%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,639 <sup>a</sup>	3	,084
Razón de verosimilitud	6,648	3	,084
Asociación lineal por lineal	,405	1	,525
N de casos válidos	371		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 19,34.

**P18 \* Curso Actual Tabla cruzada**

			Curso Actual		Total
			3º Grado	4º Grado	
P18	Ausencia	Recuento	32	49	81
		% dentro de Curso Actual	18,3%	24,9%	21,8%
	Algo	Recuento	88	80	168
		% dentro de Curso Actual	50,3%	40,6%	45,2%
	Bastante	Recuento	38	44	82
		% dentro de Curso Actual	21,7%	22,3%	22,0%
	Alto Grado	Recuento	17	24	41
		% dentro de Curso Actual	9,7%	12,2%	11,0%
Total		Recuento	175	197	372
		% dentro de Curso Actual	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,297 <sup>a</sup>	3	,231
Razón de verosimilitud	4,314	3	,229
Asociación lineal por lineal	,012	1	,913
N de casos válidos	372		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 19,29.

### P19 \* Curso Actual Tabla cruzada

			Curso Actual		Total
			3º Grado	4º Grado	
P19	Ausencia	Recuento	33	47	80
		% dentro de Curso Actual	19,6%	24,6%	22,3%
	Algo	Recuento	57	73	130
		% dentro de Curso Actual	33,9%	38,2%	36,2%
	Bastante	Recuento	54	42	96
		% dentro de Curso Actual	32,1%	22,0%	26,7%
	Alto Grado	Recuento	24	29	53
		% dentro de Curso Actual	14,3%	15,2%	14,8%
	Total	Recuento	168	191	359
		% dentro de Curso Actual	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,938 <sup>a</sup>	3	,176
Razón de verosimilitud	4,939	3	,176
Asociación lineal por lineal	1,639	1	,200
N de casos válidos	359		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 24,80.

**P20 \* Curso Actual Tabla cruzada**

			Curso Actual		Total
			3º Grado	4º Grado	
P20	Ausencia	Recuento	27	35	62
		% dentro de Curso Actual	16,0%	18,3%	17,2%
	Algo	Recuento	56	81	137
		% dentro de Curso Actual	33,1%	42,4%	38,1%
	Bastante	Recuento	54	49	103
		% dentro de Curso Actual	32,0%	25,7%	28,6%
	Alto Grado	Recuento	32	26	58
		% dentro de Curso Actual	18,9%	13,6%	16,1%
Total		Recuento	169	191	360
		% dentro de Curso Actual	100,0%	100,0%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,132 <sup>a</sup>	3	,162
Razón de verosimilitud	5,142	3	,162
Asociación lineal por lineal	3,646	1	,056
N de casos válidos	360		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 27,23.

**P21 \* Curso Actual Tabla cruzada**

			Curso Actual		Total
			3º Grado	4º Grado	
P21	Ausencia	Recuento	29	53	82
		% dentro de Curso Actual	16,8%	27,0%	22,2%
	Algo	Recuento	61	81	142
		% dentro de Curso Actual	35,3%	41,3%	38,5%
	Bastante	Recuento	61	46	107
		% dentro de Curso Actual	35,3%	23,5%	29,0%
	Alto Grado	Recuento	22	16	38
		% dentro de Curso Actual	12,7%	8,2%	10,3%
Total		Recuento	173	196	369
		% dentro de Curso Actual	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,503 <sup>a</sup>	3	,009
Razón de verosimilitud	11,581	3	,009
Asociación lineal por lineal	10,489	1	,001
N de casos válidos	369		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 17,82.

### P22 \* Curso Actual Tabla cruzada

			Curso Actual		Total
			3º Grado	4º Grado	
P22	Ausencia	Recuento	13	30	43
		% dentro de Curso Actual	7,6%	15,7%	11,8%
	Algo	Recuento	45	61	106
		% dentro de Curso Actual	26,2%	31,9%	29,2%
	Bastante	Recuento	62	48	110
		% dentro de Curso Actual	36,0%	25,1%	30,3%
	Alto Grado	Recuento	52	52	104
		% dentro de Curso Actual	30,2%	27,2%	28,7%
Total		Recuento	172	191	363
		% dentro de Curso Actual	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,951 <sup>a</sup>	3	,019
Razón de verosimilitud	10,124	3	,018
Asociación lineal por lineal	5,713	1	,017
N de casos válidos	363		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 20,37.



**P23 \* Curso Actual Tabla cruzada**

			Curso Actual		Total
			3º Grado	4º Grado	
P23	Ausencia	Recuento	24	20	44
		% dentro de Curso Actual	13,8%	10,3%	12,0%
	Algo	Recuento	30	39	69
		% dentro de Curso Actual	17,2%	20,1%	18,8%
	Bastante	Recuento	58	59	117
		% dentro de Curso Actual	33,3%	30,4%	31,8%
	Alto Grado	Recuento	62	76	138
		% dentro de Curso Actual	35,6%	39,2%	37,5%
Total		Recuento	174	194	368
		% dentro de Curso Actual	100,0%	100,0%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,885 <sup>a</sup>	3	,597
Razón de verosimilitud	1,885	3	,597
Asociación lineal por lineal	,516	1	,473
N de casos válidos	368		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 20,80.

**P24 \* Curso Actual Tabla cruzada**

			Curso Actual		Total
			3º Grado	4º Grado	
P24	Ausencia	Recuento	12	19	31
		% dentro de Curso Actual	6,9%	9,7%	8,4%
	Algo	Recuento	51	44	95
		% dentro de Curso Actual	29,3%	22,6%	25,7%
	Bastante	Recuento	82	89	171
		% dentro de Curso Actual	47,1%	45,6%	46,3%
	Alto Grado	Recuento	29	43	72
		% dentro de Curso Actual	16,7%	22,1%	19,5%
Total		Recuento	174	195	369
		% dentro de Curso Actual	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,923 <sup>a</sup>	3	,270
Razón de verosimilitud	3,941	3	,268
Asociación lineal por lineal	,517	1	,472
N de casos válidos	369		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 14,62.

### P25 \* Curso Actual Tabla cruzada

			Curso Actual		Total
			3º Grado	4º Grado	
P25	Ausencia	Recuento	26	21	47
		% dentro de Curso Actual	14,9%	11,0%	12,9%
	Algo	Recuento	26	36	62
		% dentro de Curso Actual	14,9%	18,8%	17,0%
	Bastante	Recuento	45	54	99
		% dentro de Curso Actual	25,9%	28,3%	27,1%
	Alto Grado	Recuento	77	80	157
		% dentro de Curso Actual	44,3%	41,9%	43,0%
Total		Recuento	174	191	365
		% dentro de Curso Actual	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,233 <sup>a</sup>	3	,525
Razón de verosimilitud	2,237	3	,525
Asociación lineal por lineal	,021	1	,884
N de casos válidos	365		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 22,41.

**P26 \* Curso Actual Tabla cruzada**

			Curso Actual		Total
			3º Grado	4º Grado	
P26	Ausencia	Recuento	20	18	38
		% dentro de Curso Actual	11,8%	9,6%	10,6%
	Algo	Recuento	16	25	41
		% dentro de Curso Actual	9,4%	13,3%	11,5%
	Bastante	Recuento	31	33	64
		% dentro de Curso Actual	18,2%	17,6%	17,9%
	Alto Grado	Recuento	103	112	215
		% dentro de Curso Actual	60,6%	59,6%	60,1%
Total		Recuento	170	188	358
		% dentro de Curso Actual	100,0%	100,0%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,619 <sup>a</sup>	3	,655
Razón de verosimilitud	1,631	3	,652
Asociación lineal por lineal	,002	1	,962
N de casos válidos	358		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 18,04.

**P27 \* Curso Actual Tabla cruzada**

			Curso Actual		Total
			3º Grado	4º Grado	
P27	Ausencia	Recuento	21	13	34
		% dentro de Curso Actual	12,1%	6,7%	9,2%
	Algo	Recuento	26	37	63
		% dentro de Curso Actual	14,9%	19,0%	17,1%
	Bastante	Recuento	61	84	145
		% dentro de Curso Actual	35,1%	43,1%	39,3%
	Alto Grado	Recuento	66	61	127
		% dentro de Curso Actual	37,9%	31,3%	34,4%
Total		Recuento	174	195	369
		% dentro de Curso Actual	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,474 <sup>a</sup>	3	,091
Razón de verosimilitud	6,495	3	,090
Asociación lineal por lineal	,000	1	,990
N de casos válidos	369		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 16,03.

### P28 \* Curso Actual Tabla cruzada

			Curso Actual		Total
			3º Grado	4º Grado	
P28	Ausencia	Recuento	8	11	19
		% dentro de Curso Actual	4,6%	5,6%	5,1%
	Algo	Recuento	39	63	102
		% dentro de Curso Actual	22,3%	32,1%	27,5%
	Bastante	Recuento	75	84	159
		% dentro de Curso Actual	42,9%	42,9%	42,9%
	Alto Grado	Recuento	53	38	91
		% dentro de Curso Actual	30,3%	19,4%	24,5%
Total		Recuento	175	196	371
		% dentro de Curso Actual	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,939 <sup>a</sup>	3	,047
Razón de verosimilitud	7,980	3	,046
Asociación lineal por lineal	6,795	1	,009
N de casos válidos	371		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 8,96.

**P29 \* Curso Actual Tabla cruzada**

			Curso Actual		Total
			3º Grado	4º Grado	
P29	Ausencia	Recuento	18	14	32
		% dentro de Curso Actual	10,4%	7,2%	8,7%
	Algo	Recuento	20	42	62
		% dentro de Curso Actual	11,6%	21,6%	16,9%
	Bastante	Recuento	64	66	130
		% dentro de Curso Actual	37,0%	34,0%	35,4%
	Alto Grado	Recuento	71	72	143
		% dentro de Curso Actual	41,0%	37,1%	39,0%
Total		Recuento	173	194	367
		% dentro de Curso Actual	100,0%	100,0%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,166 <sup>a</sup>	3	,067
Razón de verosimilitud	7,316	3	,062
Asociación lineal por lineal	,588	1	,443
N de casos válidos	367		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 15,08.

**P30 \* Curso Actual Tabla cruzada**

			Curso Actual		Total
			3º Grado	4º Grado	
P30	Ausencia	Recuento	21	12	33
		% dentro de Curso Actual	12,2%	6,2%	9,0%
	Algo	Recuento	26	42	68
		% dentro de Curso Actual	15,1%	21,5%	18,5%
	Bastante	Recuento	71	77	148
		% dentro de Curso Actual	41,3%	39,5%	40,3%
	Alto Grado	Recuento	54	64	118
		% dentro de Curso Actual	31,4%	32,8%	32,2%
Total		Recuento	172	195	367
		% dentro de Curso Actual	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,892 <sup>a</sup>	3	,117
Razón de verosimilitud	5,936	3	,115
Asociación lineal por lineal	,533	1	,465
N de casos válidos	367		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 15,47.

### P31 \* Curso Actual Tabla cruzada

			Curso Actual		Total
			3º Grado	4º Grado	
P31	Ausencia	Recuento	27	30	57
		% dentro de Curso Actual	15,4%	15,4%	15,4%
	Algo	Recuento	30	43	73
		% dentro de Curso Actual	17,1%	22,1%	19,7%
	Bastante	Recuento	72	70	142
		% dentro de Curso Actual	41,1%	35,9%	38,4%
	Alto Grado	Recuento	46	52	98
		% dentro de Curso Actual	26,3%	26,7%	26,5%
Total		Recuento	175	195	370
		% dentro de Curso Actual	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,793 <sup>a</sup>	3	,617
Razón de verosimilitud	1,800	3	,615
Asociación lineal por lineal	,178	1	,673
N de casos válidos	370		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 26,96.

**P32 \* Curso Actual Tabla cruzada**

			Curso Actual		Total
			3º Grado	4º Grado	
P32	Ausencia	Recuento	31	42	73
		% dentro de Curso Actual	17,7%	21,5%	19,7%
	Algo	Recuento	45	54	99
		% dentro de Curso Actual	25,7%	27,7%	26,8%
	Bastante	Recuento	57	71	128
		% dentro de Curso Actual	32,6%	36,4%	34,6%
	Alto Grado	Recuento	42	28	70
		% dentro de Curso Actual	24,0%	14,4%	18,9%
Total		Recuento	175	195	370
		% dentro de Curso Actual	100,0%	100,0%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,743 <sup>a</sup>	3	,125
Razón de verosimilitud	5,755	3	,124
Asociación lineal por lineal	3,340	1	,068
N de casos válidos	370		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 33,11.

**P33 \* Curso Actual Tabla cruzada**

			Curso Actual		Total
			3º Grado	4º Grado	
P33	Ausencia	Recuento	25	24	49
		% dentro de Curso Actual	14,4%	12,4%	13,4%
	Algo	Recuento	62	56	118
		% dentro de Curso Actual	35,6%	29,0%	32,2%
	Bastante	Recuento	63	90	153
		% dentro de Curso Actual	36,2%	46,6%	41,7%
	Alto Grado	Recuento	24	23	47
		% dentro de Curso Actual	13,8%	11,9%	12,8%
Total		Recuento	174	193	367
		% dentro de Curso Actual	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,139 <sup>a</sup>	3	,247
Razón de verosimilitud	4,153	3	,245
Asociación lineal por lineal	,876	1	,349
N de casos válidos	367		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 22,28.

### P34 \* Curso Actual Tabla cruzada

			Curso Actual		Total
			3º Grado	4º Grado	
P34	Ausencia	Recuento	72	94	166
		% dentro de Curso Actual	42,1%	48,5%	45,5%
	Algo	Recuento	49	59	108
		% dentro de Curso Actual	28,7%	30,4%	29,6%
	Bastante	Recuento	37	29	66
		% dentro de Curso Actual	21,6%	14,9%	18,1%
	Alto Grado	Recuento	13	12	25
		% dentro de Curso Actual	7,6%	6,2%	6,8%
Total		Recuento	171	194	365
		% dentro de Curso Actual	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,416 <sup>a</sup>	3	,332
Razón de verosimilitud	3,413	3	,332
Asociación lineal por lineal	2,563	1	,109
N de casos válidos	365		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 11,71.



**P35 \* Curso Actual Tabla cruzada**

			Curso Actual		Total
			3º Grado	4º Grado	
P35	Ausencia	Recuento	35	34	69
		% dentro de Curso Actual	20,1%	17,7%	18,9%
	Algo	Recuento	64	71	135
		% dentro de Curso Actual	36,8%	37,0%	36,9%
	Bastante	Recuento	52	66	118
		% dentro de Curso Actual	29,9%	34,4%	32,2%
	Alto Grado	Recuento	23	21	44
		% dentro de Curso Actual	13,2%	10,9%	12,0%
Total		Recuento	174	192	366
		% dentro de Curso Actual	100,0%	100,0%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,247 <sup>a</sup>	3	,742
Razón de verosimilitud	1,248	3	,742
Asociación lineal por lineal	,058	1	,809
N de casos válidos	366		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 20,92.

**P36 \* Curso Actual Tabla cruzada**

			Curso Actual		Total
			3º Grado	4º Grado	
P36	Ausencia	Recuento	54	41	95
		% dentro de Curso Actual	31,2%	21,1%	25,9%
	Algo	Recuento	44	53	97
		% dentro de Curso Actual	25,4%	27,3%	26,4%
	Bastante	Recuento	42	53	95
		% dentro de Curso Actual	24,3%	27,3%	25,9%
	Alto Grado	Recuento	33	47	80
		% dentro de Curso Actual	19,1%	24,2%	21,8%
Total		Recuento	173	194	367
		% dentro de Curso Actual	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,153 <sup>a</sup>	3	,161
Razón de verosimilitud	5,158	3	,161
Asociación lineal por lineal	4,172	1	,041
N de casos válidos	367		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 37,71.

### P37 \* Curso Actual Tabla cruzada

			Curso Actual		Total
			3º Grado	4º Grado	
P37	Ausencia	Recuento	43	33	76
		% dentro de Curso Actual	24,4%	17,2%	20,7%
	Algo	Recuento	42	54	96
		% dentro de Curso Actual	23,9%	28,1%	26,1%
	Bastante	Recuento	55	56	111
		% dentro de Curso Actual	31,3%	29,2%	30,2%
	Alto Grado	Recuento	36	49	85
		% dentro de Curso Actual	20,5%	25,5%	23,1%
Total		Recuento	176	192	368
		% dentro de Curso Actual	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,125 <sup>a</sup>	3	,248
Razón de verosimilitud	4,133	3	,247
Asociación lineal por lineal	1,909	1	,167
N de casos válidos	368		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 36,35.

**P38 \* Curso Actual Tabla cruzada**

			Curso Actual		Total
			3º Grado	4º Grado	
P38	Ausencia	Recuento	13	28	41
		% dentro de Curso Actual	7,4%	14,4%	11,1%
	Algo	Recuento	71	77	148
		% dentro de Curso Actual	40,3%	39,5%	39,9%
	Bastante	Recuento	70	69	139
		% dentro de Curso Actual	39,8%	35,4%	37,5%
	Alto Grado	Recuento	22	21	43
		% dentro de Curso Actual	12,5%	10,8%	11,6%
Total		Recuento	176	195	371
		% dentro de Curso Actual	100,0%	100,0%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,801 <sup>a</sup>	3	,187
Razón de verosimilitud	4,918	3	,178
Asociación lineal por lineal	2,884	1	,089
N de casos válidos	371		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 19,45.

**P39 \* Curso Actual Tabla cruzada**

			Curso Actual		Total
			3º Grado	4º Grado	
P39	Ausencia	Recuento	5	6	11
		% dentro de Curso Actual	2,9%	3,1%	3,0%
	Algo	Recuento	25	43	68
		% dentro de Curso Actual	14,5%	21,9%	18,4%
	Bastante	Recuento	84	87	171
		% dentro de Curso Actual	48,6%	44,4%	46,3%
	Alto Grado	Recuento	59	60	119
		% dentro de Curso Actual	34,1%	30,6%	32,2%
Total		Recuento	173	196	369
		% dentro de Curso Actual	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,497 <sup>a</sup>	3	,321
Razón de verosimilitud	3,540	3	,316
Asociación lineal por lineal	1,895	1	,169
N de casos válidos	369		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,16.

### P40 \* Curso Actual Tabla cruzada

			Curso Actual		Total
			3º Grado	4º Grado	
P40	Ausencia	Recuento	14	13	27
		% dentro de Curso Actual	8,3%	6,8%	7,5%
	Algo	Recuento	23	50	73
		% dentro de Curso Actual	13,6%	26,0%	20,2%
	Bastante	Recuento	50	73	123
		% dentro de Curso Actual	29,6%	38,0%	34,1%
	Alto Grado	Recuento	82	56	138
		% dentro de Curso Actual	48,5%	29,2%	38,2%
Total		Recuento	169	192	361
		% dentro de Curso Actual	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,830 <sup>a</sup>	3	,000
Razón de verosimilitud	18,052	3	,000
Asociación lineal por lineal	8,399	1	,004
N de casos válidos	361		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 12,64.

**P41 \* Curso Actual Tabla cruzada**

			Curso Actual		Total
			3º Grado	4º Grado	
P41	Ausencia	Recuento	23	30	53
		% dentro de Curso Actual	13,3%	15,5%	14,4%
	Algo	Recuento	46	64	110
		% dentro de Curso Actual	26,6%	33,0%	30,0%
	Bastante	Recuento	70	74	144
		% dentro de Curso Actual	40,5%	38,1%	39,2%
	Alto Grado	Recuento	34	26	60
		% dentro de Curso Actual	19,7%	13,4%	16,3%
Total		Recuento	173	194	367
		% dentro de Curso Actual	100,0%	100,0%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,859 <sup>a</sup>	3	,277
Razón de verosimilitud	3,865	3	,276
Asociación lineal por lineal	3,060	1	,080
N de casos válidos	367		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 24,98.

**P42 \* Curso Actual Tabla cruzada**

			Curso Actual		Total
			3º Grado	4º Grado	
P42	Ausencia	Recuento	22	23	45
		% dentro de Curso Actual	12,7%	11,7%	12,2%
	Algo	Recuento	51	63	114
		% dentro de Curso Actual	29,5%	32,1%	30,9%
	Bastante	Recuento	75	65	140
		% dentro de Curso Actual	43,4%	33,2%	37,9%
	Alto Grado	Recuento	25	45	70
		% dentro de Curso Actual	14,5%	23,0%	19,0%
Total		Recuento	173	196	369
		% dentro de Curso Actual	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,305 <sup>a</sup>	3	,098
Razón de verosimilitud	6,363	3	,095
Asociación lineal por lineal	,654	1	,419
N de casos válidos	369		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 21,10.

### P43 \* Curso Actual Tabla cruzada

			Curso Actual		Total
			3º Grado	4º Grado	
P43	Ausencia	Recuento	30	32	62
		% dentro de Curso Actual	17,2%	16,6%	16,9%
	Algo	Recuento	50	61	111
		% dentro de Curso Actual	28,7%	31,6%	30,2%
	Bastante	Recuento	56	56	112
		% dentro de Curso Actual	32,2%	29,0%	30,5%
	Alto Grado	Recuento	38	44	82
		% dentro de Curso Actual	21,8%	22,8%	22,3%
Total		Recuento	174	193	367
		% dentro de Curso Actual	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,612 <sup>a</sup>	3	,894
Razón de verosimilitud	,612	3	,894
Asociación lineal por lineal	,003	1	,956
N de casos válidos	367		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 29,40.

**P44 \* Curso Actual Tabla cruzada**

			Curso Actual		Total
			3º Grado	4º Grado	
P44	Ausencia	Recuento	9	15	24
		% dentro de Curso Actual	5,2%	7,7%	6,5%
	Algo	Recuento	60	73	133
		% dentro de Curso Actual	34,5%	37,4%	36,0%
	Bastante	Recuento	75	79	154
		% dentro de Curso Actual	43,1%	40,5%	41,7%
	Alto Grado	Recuento	30	28	58
		% dentro de Curso Actual	17,2%	14,4%	15,7%
Total		Recuento	174	195	369
		% dentro de Curso Actual	100,0%	100,0%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,754 <sup>a</sup>	3	,625
Razón de verosimilitud	1,766	3	,622
Asociación lineal por lineal	1,627	1	,202
N de casos válidos	369		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 11,32.

**P45 \* Curso Actual Tabla cruzada**

			Curso Actual		Total
			3º Grado	4º Grado	
P45	Ausencia	Recuento	9	13	22
		% dentro de Curso Actual	5,1%	6,6%	5,9%
	Algo	Recuento	40	48	88
		% dentro de Curso Actual	22,7%	24,5%	23,7%
	Bastante	Recuento	92	88	180
		% dentro de Curso Actual	52,3%	44,9%	48,4%
	Alto Grado	Recuento	35	47	82
		% dentro de Curso Actual	19,9%	24,0%	22,0%
Total		Recuento	176	196	372
		% dentro de Curso Actual	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,231 <sup>a</sup>	3	,526
Razón de verosimilitud	2,235	3	,525
Asociación lineal por lineal	,007	1	,934
N de casos válidos	372		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 10,41.

### P46 \* Curso Actual Tabla cruzada

			Curso Actual		Total
			3º Grado	4º Grado	
P46	Ausencia	Recuento	28	21	49
		% dentro de Curso Actual	16,1%	10,8%	13,3%
	Algo	Recuento	45	63	108
		% dentro de Curso Actual	25,9%	32,3%	29,3%
	Bastante	Recuento	68	70	138
		% dentro de Curso Actual	39,1%	35,9%	37,4%
	Alto Grado	Recuento	33	41	74
		% dentro de Curso Actual	19,0%	21,0%	20,1%
Total		Recuento	174	195	369
		% dentro de Curso Actual	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,711 <sup>a</sup>	3	,294
Razón de verosimilitud	3,717	3	,294
Asociación lineal por lineal	,401	1	,527
N de casos válidos	369		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 23,11.



**P47 \* Curso Actual Tabla cruzada**

			Curso Actual		Total
			3º Grado	4º Grado	
P47	Ausencia	Recuento	78	99	177
		% dentro de Curso Actual	44,8%	50,8%	48,0%
	Algo	Recuento	46	54	100
		% dentro de Curso Actual	26,4%	27,7%	27,1%
	Bastante	Recuento	33	28	61
		% dentro de Curso Actual	19,0%	14,4%	16,5%
	Alto Grado	Recuento	17	14	31
		% dentro de Curso Actual	9,8%	7,2%	8,4%
Total		Recuento	174	195	369
		% dentro de Curso Actual	100,0%	100,0%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,645 <sup>a</sup>	3	,450
Razón de verosimilitud	2,643	3	,450
Asociación lineal por lineal	2,364	1	,124
N de casos válidos	369		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 14,62.

**P48 \* Curso Actual Tabla cruzada**

			Curso Actual		Total
			3º Grado	4º Grado	
P48	Ausencia	Recuento	35	37	72
		% dentro de Curso Actual	20,1%	18,8%	19,4%
	Algo	Recuento	62	70	132
		% dentro de Curso Actual	35,6%	35,5%	35,6%
	Bastante	Recuento	59	54	113
		% dentro de Curso Actual	33,9%	27,4%	30,5%
	Alto Grado	Recuento	18	36	54
		% dentro de Curso Actual	10,3%	18,3%	14,6%
Total		Recuento	174	197	371
		% dentro de Curso Actual	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,356 <sup>a</sup>	3	,147
Razón de verosimilitud	5,452	3	,142
Asociación lineal por lineal	1,146	1	,284
N de casos válidos	371		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 25,33.

### P49 \* Curso Actual Tabla cruzada

			Curso Actual		Total
			3º Grado	4º Grado	
P49	Ausencia	Recuento	72	99	171
		% dentro de Curso Actual	41,9%	50,8%	46,6%
	Algo	Recuento	45	49	94
		% dentro de Curso Actual	26,2%	25,1%	25,6%
	Bastante	Recuento	37	28	65
		% dentro de Curso Actual	21,5%	14,4%	17,7%
	Alto Grado	Recuento	18	19	37
		% dentro de Curso Actual	10,5%	9,7%	10,1%
Total		Recuento	172	195	367
		% dentro de Curso Actual	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,282 <sup>a</sup>	3	,233
Razón de verosimilitud	4,286	3	,232
Asociación lineal por lineal	2,689	1	,101
N de casos válidos	367		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 17,34.

**P50 \* Curso Actual Tabla cruzada**

			Curso Actual		Total
			3º Grado	4º Grado	
P50	Ausencia	Recuento	18	20	38
		% dentro de Curso Actual	10,3%	10,2%	10,2%
	Algo	Recuento	35	53	88
		% dentro de Curso Actual	20,0%	27,0%	23,7%
	Bastante	Recuento	57	54	111
		% dentro de Curso Actual	32,6%	27,6%	29,9%
	Alto Grado	Recuento	65	69	134
		% dentro de Curso Actual	37,1%	35,2%	36,1%
Total		Recuento	175	196	371
		% dentro de Curso Actual	100,0%	100,0%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,808 <sup>a</sup>	3	,422
Razón de verosimilitud	2,824	3	,419
Asociación lineal por lineal	,716	1	,398
N de casos válidos	371		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 17,92.

## Tabla IV Prueba Chi<sup>2</sup> de Pearson por Edad

### Resumen de procesamiento de casos

	Casos					
	Válido		Perdido		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
P1 * Edad Agrupada	371	99,5%	2	0,5%	373	100,0%
P2 * Edad Agrupada	370	99,2%	3	0,8%	373	100,0%
P3 * Edad Agrupada	372	99,7%	1	0,3%	373	100,0%
P4 * Edad Agrupada	371	99,5%	2	0,5%	373	100,0%
P5 * Edad Agrupada	373	100,0%	0	0,0%	373	100,0%
P6 * Edad Agrupada	371	99,5%	2	0,5%	373	100,0%
P7 * Edad Agrupada	371	99,5%	2	0,5%	373	100,0%
P8 * Edad Agrupada	373	100,0%	0	0,0%	373	100,0%
P9 * Edad Agrupada	367	98,4%	6	1,6%	373	100,0%
P10 * Edad Agrupada	371	99,5%	2	0,5%	373	100,0%
P11 * Edad Agrupada	370	99,2%	3	0,8%	373	100,0%
P12 * Edad Agrupada	371	99,5%	2	0,5%	373	100,0%
P13 * Edad Agrupada	368	98,7%	5	1,3%	373	100,0%
P14 * Edad Agrupada	371	99,5%	2	0,5%	373	100,0%
P15 * Edad Agrupada	371	99,5%	2	0,5%	373	100,0%
P16 * Edad Agrupada	370	99,2%	3	0,8%	373	100,0%
P17 * Edad Agrupada	371	99,5%	2	0,5%	373	100,0%
P18 * Edad Agrupada	372	99,7%	1	0,3%	373	100,0%
P19 * Edad Agrupada	359	96,2%	14	3,8%	373	100,0%
P20 * Edad Agrupada	360	96,5%	13	3,5%	373	100,0%
P21 * Edad Agrupada	369	98,9%	4	1,1%	373	100,0%
P22 * Edad Agrupada	363	97,3%	10	2,7%	373	100,0%
P23 * Edad Agrupada	368	98,7%	5	1,3%	373	100,0%
P24 * Edad Agrupada	369	98,9%	4	1,1%	373	100,0%
P25 * Edad Agrupada	365	97,9%	8	2,1%	373	100,0%
P26 * Edad Agrupada	358	96,0%	15	4,0%	373	100,0%
P27 * Edad Agrupada	369	98,9%	4	1,1%	373	100,0%
P28 * Edad Agrupada	371	99,5%	2	0,5%	373	100,0%
P29 * Edad Agrupada	367	98,4%	6	1,6%	373	100,0%
P30 * Edad Agrupada	367	98,4%	6	1,6%	373	100,0%
P31 * Edad Agrupada	370	99,2%	3	0,8%	373	100,0%
P32 * Edad Agrupada	370	99,2%	3	0,8%	373	100,0%
P33 * Edad Agrupada	367	98,4%	6	1,6%	373	100,0%
P34 * Edad Agrupada	365	97,9%	8	2,1%	373	100,0%
P35 * Edad Agrupada	366	98,1%	7	1,9%	373	100,0%

P36 * Edad Agrupada	367	98,4%	6	1,6%	373	100,0%
P37 * Edad Agrupada	368	98,7%	5	1,3%	373	100,0%
P38 * Edad Agrupada	371	99,5%	2	0,5%	373	100,0%
P39 * Edad Agrupada	369	98,9%	4	1,1%	373	100,0%
P40 * Edad Agrupada	361	96,8%	12	3,2%	373	100,0%
P41 * Edad Agrupada	367	98,4%	6	1,6%	373	100,0%
P42 * Edad Agrupada	369	98,9%	4	1,1%	373	100,0%
P43 * Edad Agrupada	367	98,4%	6	1,6%	373	100,0%
P44 * Edad Agrupada	369	98,9%	4	1,1%	373	100,0%
P45 * Edad Agrupada	372	99,7%	1	0,3%	373	100,0%
P46 * Edad Agrupada	369	98,9%	4	1,1%	373	100,0%
P47 * Edad Agrupada	369	98,9%	4	1,1%	373	100,0%
P48 * Edad Agrupada	371	99,5%	2	0,5%	373	100,0%
P49 * Edad Agrupada	367	98,4%	6	1,6%	373	100,0%
P50 * Edad Agrupada	371	99,5%	2	0,5%	373	100,0%

### P1 \* Edad Agrupada Tabla cruzada

			Edad Agrupada		Total
			18-21 años	Mayores 21 años	
P1	Ausencia	Recuento	24	11	35
		% dentro de Edad Agrupada	10,0%	8,4%	9,4%
	Algo	Recuento	108	63	171
		% dentro de Edad Agrupada	45,0%	48,1%	46,1%
	Bastante	Recuento	85	44	129
		% dentro de Edad Agrupada	35,4%	33,6%	34,8%
	Alto Grado	Recuento	23	13	36
		% dentro de Edad Agrupada	9,6%	9,9%	9,7%
Total		Recuento	240	131	371
		% dentro de Edad Agrupada	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,498 <sup>a</sup>	3	,919
Razón de verosimilitud	,502	3	,919
Asociación lineal por lineal	,003	1	,958
N de casos válidos	371		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 12,36.

### P2 \* Edad Agrupada Tabla cruzada

			Edad Agrupada		Total
			18-21 años	Mayores 21 años	
P2	Ausencia	Recuento	22	13	35
		% dentro de Edad Agrupada	9,2%	9,9%	9,5%
	Algo	Recuento	97	56	153
		% dentro de Edad Agrupada	40,6%	42,7%	41,4%
	Bastante	Recuento	92	41	133
		% dentro de Edad Agrupada	38,5%	31,3%	35,9%
	Alto Grado	Recuento	28	21	49
		% dentro de Edad Agrupada	11,7%	16,0%	13,2%
Total		Recuento	239	131	370
		% dentro de Edad Agrupada	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,551 <sup>a</sup>	3	,466
Razón de verosimilitud	2,545	3	,467
Asociación lineal por lineal	,006	1	,938
N de casos válidos	370		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 12,39.

### P3 \* Edad Agrupada Tabla cruzada

			Edad Agrupada		Total
			18-21 años	Mayores 21 años	
P3	Ausencia	Recuento	29	30	59
		% dentro de Edad Agrupada	12,0%	22,9%	15,9%
	Algo	Recuento	96	51	147
		% dentro de Edad Agrupada	39,8%	38,9%	39,5%
	Bastante	Recuento	82	29	111
		% dentro de Edad Agrupada	34,0%	22,1%	29,8%
	Alto Grado	Recuento	34	21	55
		% dentro de Edad Agrupada	14,1%	16,0%	14,8%
Total		Recuento	241	131	372
		% dentro de Edad Agrupada	100,0%	100,0%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,569 <sup>a</sup>	3	,014
Razón de verosimilitud	10,468	3	,015
Asociación lineal por lineal	3,524	1	,060
N de casos válidos	372		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 19,37.

**P4 \* Edad Agrupada Tabla cruzada**

			Edad Agrupada		Total
			18-21 años	Mayores 21 años	
P4	Ausencia	Recuento	14	11	25
		% dentro de Edad Agrupada	5,8%	8,5%	6,7%
	Algo	Recuento	41	39	80
		% dentro de Edad Agrupada	17,0%	30,0%	21,6%
	Bastante	Recuento	84	39	123
		% dentro de Edad Agrupada	34,9%	30,0%	33,2%
	Alto Grado	Recuento	102	41	143
		% dentro de Edad Agrupada	42,3%	31,5%	38,5%
Total		Recuento	241	130	371
		% dentro de Edad Agrupada	100,0%	100,0%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,636 <sup>a</sup>	3	,014
Razón de verosimilitud	10,412	3	,015
Asociación lineal por lineal	8,191	1	,004
N de casos válidos	371		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 8,76.

### P5 \* Edad Agrupada Tabla cruzada

			Edad Agrupada		Total
			18-21 años	Mayores 21 años	
P5	Ausencia	Recuento	18	10	28
		% dentro de Edad Agrupada	7,4%	7,6%	7,5%
	Algo	Recuento	21	20	41
		% dentro de Edad Agrupada	8,7%	15,3%	11,0%
	Bastante	Recuento	58	48	106
		% dentro de Edad Agrupada	24,0%	36,6%	28,4%
	Alto Grado	Recuento	145	53	198
		% dentro de Edad Agrupada	59,9%	40,5%	53,1%
Total		Recuento	242	131	373
		% dentro de Edad Agrupada	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,229 <sup>a</sup>	3	,003
Razón de verosimilitud	14,185	3	,003
Asociación lineal por lineal	6,829	1	,009
N de casos válidos	373		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 9,83.

### P6 \* Edad Agrupada Tabla cruzada

			Edad Agrupada		Total
			18-21 años	Mayores 21 años	
P6	Ausencia	Recuento	31	22	53
		% dentro de Edad Agrupada	12,9%	16,9%	14,3%
	Algo	Recuento	43	32	75
		% dentro de Edad Agrupada	17,8%	24,6%	20,2%
	Bastante	Recuento	77	42	119
		% dentro de Edad Agrupada	32,0%	32,3%	32,1%
	Alto Grado	Recuento	90	34	124
		% dentro de Edad Agrupada	37,3%	26,2%	33,4%
Total		Recuento	241	130	371
		% dentro de Edad Agrupada	100,0%	100,0%	100,0%



## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,058 <sup>a</sup>	3	,109
Razón de verosimilitud	6,107	3	,107
Asociación lineal por lineal	5,285	1	,022
N de casos válidos	371		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 18,57.

## P7 \* Edad Agrupada Tabla cruzada

			Edad Agrupada		Total
			18-21 años	Mayores 21 años	
P7	Ausencia	Recuento	12	12	24
		% dentro de Edad Agrupada	5,0%	9,2%	6,5%
	Algo	Recuento	42	28	70
		% dentro de Edad Agrupada	17,4%	21,5%	18,9%
	Bastante	Recuento	92	57	149
		% dentro de Edad Agrupada	38,2%	43,8%	40,2%
	Alto Grado	Recuento	95	33	128
		% dentro de Edad Agrupada	39,4%	25,4%	34,5%
Total		Recuento	241	130	371
		% dentro de Edad Agrupada	100,0%	100,0%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,614 <sup>a</sup>	3	,035
Razón de verosimilitud	8,725	3	,033
Asociación lineal por lineal	7,554	1	,006
N de casos válidos	371		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 8,41.

### P8 \* Edad Agrupada Tabla cruzada

			Edad Agrupada		Total
			18-21 años	Mayores 21 años	
P8	Ausencia	Recuento	28	26	54
		% dentro de Edad Agrupada	11,6%	19,8%	14,5%
	Algo	Recuento	106	53	159
		% dentro de Edad Agrupada	43,8%	40,5%	42,6%
	Bastante	Recuento	84	38	122
		% dentro de Edad Agrupada	34,7%	29,0%	32,7%
	Alto Grado	Recuento	24	14	38
		% dentro de Edad Agrupada	9,9%	10,7%	10,2%
Total		Recuento	242	131	373
		% dentro de Edad Agrupada	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,140 <sup>a</sup>	3	,162
Razón de verosimilitud	4,989	3	,173
Asociación lineal por lineal	1,796	1	,180
N de casos válidos	373		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 13,35.

### P9 \* Edad Agrupada Tabla cruzada

			Edad Agrupada		Total
			18-21 años	Mayores 21 años	
P9	Ausencia	Recuento	12	13	25
		% dentro de Edad Agrupada	5,1%	10,0%	6,8%
	Algo	Recuento	71	42	113
		% dentro de Edad Agrupada	30,0%	32,3%	30,8%
	Bastante	Recuento	92	51	143
		% dentro de Edad Agrupada	38,8%	39,2%	39,0%
	Alto Grado	Recuento	62	24	86
		% dentro de Edad Agrupada	26,2%	18,5%	23,4%
Total		Recuento	237	130	367
		% dentro de Edad Agrupada	100.0%	100,0%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,281 <sup>a</sup>	3	,152
Razón de verosimilitud	5,219	3	,156
Asociación lineal por lineal	4,312	1	,038
N de casos válidos	367		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 8,86.

**P10 \* Edad Agrupada Tabla cruzada**

			Edad Agrupada		Total
			18-21 años	Mayores 21 años	
P10	Ausencia	Recuento	4	7	11
		% dentro de Edad Agrupada	1,7%	5,3%	3,0%
	Algo	Recuento	36	32	68
		% dentro de Edad Agrupada	15,0%	24,4%	18,3%
	Bastante	Recuento	90	49	139
		% dentro de Edad Agrupada	37,5%	37,4%	37,5%
	Alto Grado	Recuento	110	43	153
		% dentro de Edad Agrupada	45,8%	32,8%	41,2%
Total		Recuento	240	131	371
		% dentro de Edad Agrupada	100,0%	100,0%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,451 <sup>a</sup>	3	,010
Razón de verosimilitud	11,196	3	,011
Asociación lineal por lineal	10,942	1	,001
N de casos válidos	371		

a. 1 casillas (12,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,88.

### P11 \* Edad Agrupada Tabla cruzada

			Edad Agrupada		Total
			18-21 años	Mayores 21 años	
P11	Ausencia	Recuento	6	10	16
		% dentro de Edad Agrupada	2,5%	7,6%	4,3%
	Algo	Recuento	61	42	103
		% dentro de Edad Agrupada	25,5%	32,1%	27,8%
	Bastante	Recuento	102	47	149
		% dentro de Edad Agrupada	42,7%	35,9%	40,3%
	Alto Grado	Recuento	70	32	102
		% dentro de Edad Agrupada	29,3%	24,4%	27,6%
Total		Recuento	239	131	370
		% dentro de Edad Agrupada	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,132 <sup>a</sup>	3	,043
Razón de verosimilitud	7,842	3	,049
Asociación lineal por lineal	5,499	1	,019
N de casos válidos	370		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,66.

### P12 \* Edad Agrupada Tabla cruzada

			Edad Agrupada		Total
			18-21 años	Mayores 21 años	
P12	Ausencia	Recuento	9	13	22
		% dentro de Edad Agrupada	3,8%	9,9%	5,9%
	Algo	Recuento	67	43	110
		% dentro de Edad Agrupada	27,9%	32,8%	29,6%
	Bastante	Recuento	107	52	159
		% dentro de Edad Agrupada	44,6%	39,7%	42,9%
	Alto Grado	Recuento	57	23	80
		% dentro de Edad Agrupada	23,8%	17,6%	21,6%
Total		Recuento	240	131	371
		% dentro de Edad Agrupada	100,0%	100,0%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,115 <sup>a</sup>	3	,044
Razón de verosimilitud	7,852	3	,049
Asociación lineal por lineal	6,549	1	,010
N de casos válidos	371		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 7,77.

**P13 \* Edad Agrupada Tabla cruzada**

			Edad Agrupada		Total
			18-21 años	Mayores 21 años	
P13	Ausencia	Recuento	18	15	33
		% dentro de Edad Agrupada	7,6%	11,5%	9,0%
	Algo	Recuento	88	57	145
		% dentro de Edad Agrupada	37,1%	43,5%	39,4%
	Bastante	Recuento	97	47	144
		% dentro de Edad Agrupada	40,9%	35,9%	39,1%
	Alto Grado	Recuento	34	12	46
		% dentro de Edad Agrupada	14,3%	9,2%	12,5%
Total		Recuento	237	131	368
		% dentro de Edad Agrupada	100,0%	100,0%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,635 <sup>a</sup>	3	,201
Razón de verosimilitud	4,675	3	,197
Asociación lineal por lineal	4,621	1	,032
N de casos válidos	368		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 11,75.

### P14 \* Edad Agrupada Tabla cruzada

			Edad Agrupada		Total
			18-21 años	Mayores 21 años	
P14	Ausencia	Recuento	19	11	30
		% dentro de Edad Agrupada	7,9%	8,5%	8,1%
	Algo	Recuento	32	33	65
		% dentro de Edad Agrupada	13,3%	25,4%	17,5%
	Bastante	Recuento	91	58	149
		% dentro de Edad Agrupada	37,8%	44,6%	40,2%
	Alto Grado	Recuento	99	28	127
		% dentro de Edad Agrupada	41,1%	21,5%	34,2%
Total		Recuento	241	130	371
		% dentro de Edad Agrupada	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,507 <sup>a</sup>	3	,001
Razón de verosimilitud	17,893	3	,000
Asociación lineal por lineal	10,776	1	,001
N de casos válidos	371		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 10,51.

### P15 \* Edad Agrupada Tabla cruzada

			Edad Agrupada		Total
			18-21 años	Mayores 21 años	
P15	Ausencia	Recuento	9	6	15
		% dentro de Edad Agrupada	3,7%	4,7%	4,0%
	Algo	Recuento	51	34	85
		% dentro de Edad Agrupada	21,1%	26,4%	22,9%
	Bastante	Recuento	104	58	162
		% dentro de Edad Agrupada	43,0%	45,0%	43,7%
	Alto Grado	Recuento	78	31	109
		% dentro de Edad Agrupada	32,2%	24,0%	29,4%
Total		Recuento	242	129	371
		% dentro de Edad Agrupada	100,0%	100,0%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,208 <sup>a</sup>	3	,361
Razón de verosimilitud	3,246	3	,355
Asociación lineal por lineal	2,888	1	,089
N de casos válidos	371		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,22.

## P16 \* Edad Agrupada Tabla cruzada

			Edad Agrupada		Total
			18-21 años	Mayores 21 años	
P16	Ausencia	Recuento	18	11	29
		% dentro de Edad Agrupada	7,5%	8,4%	7,8%
	Algo	Recuento	48	30	78
		% dentro de Edad Agrupada	20,1%	22,9%	21,1%
	Bastante	Recuento	85	49	134
		% dentro de Edad Agrupada	35,6%	37,4%	36,2%
	Alto Grado	Recuento	88	41	129
		% dentro de Edad Agrupada	36,8%	31,3%	34,9%
Total		Recuento	239	131	370
		% dentro de Edad Agrupada	100,0%	100,0%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,219 <sup>a</sup>	3	,749
Razón de verosimilitud	1,226	3	,747
Asociación lineal por lineal	,981	1	,322
N de casos válidos	370		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 10,27.

### P17 \* Edad Agrupada Tabla cruzada

			Edad Agrupada		Total
			18-21 años	Mayores 21 años	
P17	Ausencia	Recuento	20	21	41
		% dentro de Edad Agrupada	8,3%	16,0%	11,1%
	Algo	Recuento	58	34	92
		% dentro de Edad Agrupada	24,2%	26,0%	24,8%
	Bastante	Recuento	98	42	140
		% dentro de Edad Agrupada	40,8%	32,1%	37,7%
	Alto Grado	Recuento	64	34	98
		% dentro de Edad Agrupada	26,7%	26,0%	26,4%
Total		Recuento	240	131	371
		% dentro de Edad Agrupada	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,397 <sup>a</sup>	3	,094
Razón de verosimilitud	6,229	3	,101
Asociación lineal por lineal	2,967	1	,085
N de casos válidos	371		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 14,48.

### P18 \* Edad Agrupada Tabla cruzada

			Edad Agrupada		Total
			18-21 años	Mayores 21 años	
P18	Ausencia	Recuento	46	35	81
		% dentro de Edad Agrupada	19,1%	26,7%	21,8%
	Algo	Recuento	108	60	168
		% dentro de Edad Agrupada	44,8%	45,8%	45,2%
	Bastante	Recuento	62	20	82
		% dentro de Edad Agrupada	25,7%	15,3%	22,0%
	Alto Grado	Recuento	25	16	41
		% dentro de Edad Agrupada	10,4%	12,2%	11,0%
Total		Recuento	241	131	372
		% dentro de Edad Agrupada	100,0%	100,0%	100,0%



## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,760 <sup>a</sup>	3	,080
Razón de verosimilitud	6,947	3	,074
Asociación lineal por lineal	2,119	1	,145
N de casos válidos	372		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 14,44.

## P19 \* Edad Agrupada Tabla cruzada

			Edad Agrupada		Total
			18-21 años	Mayores 21 años	
P19	Ausencia	Recuento	44	36	80
		% dentro de Edad Agrupada	18,8%	28,8%	22,3%
	Algo	Recuento	83	47	130
		% dentro de Edad Agrupada	35,5%	37,6%	36,2%
	Bastante	Recuento	71	25	96
		% dentro de Edad Agrupada	30,3%	20,0%	26,7%
	Alto Grado	Recuento	36	17	53
		% dentro de Edad Agrupada	15,4%	13,6%	14,8%
Total		Recuento	234	125	359
		% dentro de Edad Agrupada	100,0%	100,0%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,190 <sup>a</sup>	3	,066
Razón de verosimilitud	7,218	3	,065
Asociación lineal por lineal	4,811	1	,028
N de casos válidos	359		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 18,45.

### P20 \* Edad Agrupada Tabla cruzada

			Edad Agrupada		Total
			18-21 años	Mayores 21 años	
P20	Ausencia	Recuento	31	31	62
		% dentro de Edad Agrupada	13,3%	24,4%	17,2%
	Algo	Recuento	91	46	137
		% dentro de Edad Agrupada	39,1%	36,2%	38,1%
	Bastante	Recuento	74	29	103
		% dentro de Edad Agrupada	31,8%	22,8%	28,6%
	Alto Grado	Recuento	37	21	58
		% dentro de Edad Agrupada	15,9%	16,5%	16,1%
Total		Recuento	233	127	360
		% dentro de Edad Agrupada	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,370 <sup>a</sup>	3	,039
Razón de verosimilitud	8,191	3	,042
Asociación lineal por lineal	3,147	1	,076
N de casos válidos	360		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 20,46.

### P21 \* Edad Agrupada Tabla cruzada

			Edad Agrupada		Total
			18-21 años	Mayores 21 años	
P21	Ausencia	Recuento	45	37	82
		% dentro de Edad Agrupada	18,8%	28,5%	22,2%
	Algo	Recuento	95	47	142
		% dentro de Edad Agrupada	39,7%	36,2%	38,5%
	Bastante	Recuento	72	35	107
		% dentro de Edad Agrupada	30,1%	26,9%	29,0%
	Alto Grado	Recuento	27	11	38
		% dentro de Edad Agrupada	11,3%	8,5%	10,3%
Total		Recuento	239	130	369
		% dentro de Edad Agrupada	100,0%	100,0%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,754 <sup>a</sup>	3	,191
Razón de verosimilitud	4,662	3	,198
Asociación lineal por lineal	3,387	1	,066
N de casos válidos	369		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 13,39.

## P22 \* Edad Agrupada Tabla cruzada

			Edad Agrupada		Total
			18-21 años	Mayores 21 años	
P22	Ausencia	Recuento	22	21	43
		% dentro de Edad Agrupada	9,4%	16,3%	11,8%
	Algo	Recuento	69	37	106
		% dentro de Edad Agrupada	29,5%	28,7%	29,2%
	Bastante	Recuento	73	37	110
		% dentro de Edad Agrupada	31,2%	28,7%	30,3%
	Alto Grado	Recuento	70	34	104
		% dentro de Edad Agrupada	29,9%	26,4%	28,7%
Total		Recuento	234	129	363
		% dentro de Edad Agrupada	100,0%	100,0%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,880 <sup>a</sup>	3	,275
Razón de verosimilitud	3,751	3	,290
Asociación lineal por lineal	2,274	1	,132
N de casos válidos	363		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 15,28.

### P23 \* Edad Agrupada Tabla cruzada

			Edad Agrupada		Total
			18-21 años	Mayores 21 años	
P23	Ausencia	Recuento	24	20	44
		% dentro de Edad Agrupada	10,0%	15,5%	12,0%
	Algo	Recuento	35	34	69
		% dentro de Edad Agrupada	14,6%	26,4%	18,8%
	Bastante	Recuento	88	29	117
		% dentro de Edad Agrupada	36,8%	22,5%	31,8%
	Alto Grado	Recuento	92	46	138
		% dentro de Edad Agrupada	38,5%	35,7%	37,5%
Total		Recuento	239	129	368
		% dentro de Edad Agrupada	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,818 <sup>a</sup>	3	,003
Razón de verosimilitud	13,783	3	,003
Asociación lineal por lineal	5,222	1	,022
N de casos válidos	368		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 15,42.

### P24 \* Edad Agrupada Tabla cruzada

			Edad Agrupada		Total
			18-21 años	Mayores 21 años	
P24	Ausencia	Recuento	15	16	31
		% dentro de Edad Agrupada	6,3%	12,4%	8,4%
	Algo	Recuento	60	35	95
		% dentro de Edad Agrupada	25,0%	27,1%	25,7%
	Bastante	Recuento	114	57	171
		% dentro de Edad Agrupada	47,5%	44,2%	46,3%
	Alto Grado	Recuento	51	21	72
		% dentro de Edad Agrupada	21,3%	16,3%	19,5%
Total		Recuento	240	129	369
		% dentro de Edad Agrupada	100,0%	100,0%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,191 <sup>a</sup>	3	,158
Razón de verosimilitud	5,034	3	,169
Asociación lineal por lineal	4,285	1	,038
N de casos válidos	369		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 10,84.

## P25 \* Edad Agrupada Tabla cruzada

			Edad Agrupada		Total
			18-21 años	Mayores 21 años	
P25	Ausencia	Recuento	28	19	47
		% dentro de Edad Agrupada	11,9%	14,7%	12,9%
	Algo	Recuento	37	25	62
		% dentro de Edad Agrupada	15,7%	19,4%	17,0%
	Bastante	Recuento	59	40	99
		% dentro de Edad Agrupada	25,0%	31,0%	27,1%
	Alto Grado	Recuento	112	45	157
		% dentro de Edad Agrupada	47,5%	34,9%	43,0%
Total		Recuento	236	129	365
		% dentro de Edad Agrupada	100,0%	100,0%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,380 <sup>a</sup>	3	,146
Razón de verosimilitud	5,438	3	,142
Asociación lineal por lineal	3,612	1	,057
N de casos válidos	365		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 16,61.

### P26 \* Edad Agrupada Tabla cruzada

			Edad Agrupada		Total
			18-21 años	Mayores 21 años	
P26	Ausencia	Recuento	21	17	38
		% dentro de Edad Agrupada	8,9%	13,8%	10,6%
	Algo	Recuento	27	14	41
		% dentro de Edad Agrupada	11,5%	11,4%	11,5%
	Bastante	Recuento	35	29	64
		% dentro de Edad Agrupada	14,9%	23,6%	17,9%
	Alto Grado	Recuento	152	63	215
		% dentro de Edad Agrupada	64,7%	51,2%	60,1%
Total		Recuento	235	123	358
		% dentro de Edad Agrupada	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,658 <sup>a</sup>	3	,054
Razón de verosimilitud	7,518	3	,057
Asociación lineal por lineal	4,044	1	,044
N de casos válidos	358		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 13,06.

### P27 \* Edad Agrupada Tabla cruzada

			Edad Agrupada		Total
			18-21 años	Mayores 21 años	
P27	Ausencia	Recuento	20	14	34
		% dentro de Edad Agrupada	8,3%	10,9%	9,2%
	Algo	Recuento	29	34	63
		% dentro de Edad Agrupada	12,1%	26,4%	17,1%
	Bastante	Recuento	103	42	145
		% dentro de Edad Agrupada	42,9%	32,6%	39,3%
	Alto Grado	Recuento	88	39	127
		% dentro de Edad Agrupada	36,7%	30,2%	34,4%
Total		Recuento	240	129	369
		% dentro de Edad Agrupada	100,0%	100,0%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,890 <sup>a</sup>	3	,003
Razón de verosimilitud	13,432	3	,004
Asociación lineal por lineal	6,279	1	,012
N de casos válidos	369		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 11,89.

## P28 \* Edad Agrupada Tabla cruzada

			Edad Agrupada		Total
			18-21 años	Mayores 21 años	
P28	Ausencia	Recuento	10	9	19
		% dentro de Edad Agrupada	4,1%	6,9%	5,1%
	Algo	Recuento	61	41	102
		% dentro de Edad Agrupada	25,3%	31,5%	27,5%
	Bastante	Recuento	107	52	159
		% dentro de Edad Agrupada	44,4%	40,0%	42,9%
	Alto Grado	Recuento	63	28	91
		% dentro de Edad Agrupada	26,1%	21,5%	24,5%
Total		Recuento	241	130	371
		% dentro de Edad Agrupada	100,0%	100,0%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,570 <sup>a</sup>	3	,312
Razón de verosimilitud	3,514	3	,319
Asociación lineal por lineal	3,192	1	,074
N de casos válidos	371		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 6,66.

### P29 \* Edad Agrupada Tabla cruzada

			Edad Agrupada		Total
			18-21 años	Mayores 21 años	
P29	Ausencia	Recuento	21	11	32
		% dentro de Edad Agrupada	8,8%	8,6%	8,7%
	Algo	Recuento	37	25	62
		% dentro de Edad Agrupada	15,5%	19,5%	16,9%
	Bastante	Recuento	77	53	130
		% dentro de Edad Agrupada	32,2%	41,4%	35,4%
	Alto Grado	Recuento	104	39	143
		% dentro de Edad Agrupada	43,5%	30,5%	39,0%
Total		Recuento	239	128	367
		% dentro de Edad Agrupada	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,441 <sup>a</sup>	3	,092
Razón de verosimilitud	6,525	3	,089
Asociación lineal por lineal	2,564	1	,109
N de casos válidos	367		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 11,16.

### P30 \* Edad Agrupada Tabla cruzada

			Edad Agrupada		Total
			18-21 años	Mayores 21 años	
P30	Ausencia	Recuento	21	12	33
		% dentro de Edad Agrupada	8,8%	9,4%	9,0%
	Algo	Recuento	38	30	68
		% dentro de Edad Agrupada	15,8%	23,6%	18,5%
	Bastante	Recuento	97	51	148
		% dentro de Edad Agrupada	40,4%	40,2%	40,3%
	Alto Grado	Recuento	84	34	118
		% dentro de Edad Agrupada	35,0%	26,8%	32,2%
Total		Recuento	240	127	367
		% dentro de Edad Agrupada	100,0%	100,0%	100,0%



## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,515 <sup>a</sup>	3	,211
Razón de verosimilitud	4,472	3	,215
Asociación lineal por lineal	2,905	1	,088
N de casos válidos	367		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 11,42.

## P31 \* Edad Agrupada Tabla cruzada

			Edad Agrupada		Total
			18-21 años	Mayores 21 años	
P31	Ausencia	Recuento	29	28	57
		% dentro de Edad Agrupada	12,0%	21,7%	15,4%
	Algo	Recuento	48	25	73
		% dentro de Edad Agrupada	19,9%	19,4%	19,7%
	Bastante	Recuento	94	48	142
		% dentro de Edad Agrupada	39,0%	37,2%	38,4%
	Alto Grado	Recuento	70	28	98
		% dentro de Edad Agrupada	29,0%	21,7%	26,5%
Total		Recuento	241	129	370
		% dentro de Edad Agrupada	100,0%	100,0%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,895 <sup>a</sup>	3	,075
Razón de verosimilitud	6,718	3	,081
Asociación lineal por lineal	5,614	1	,018
N de casos válidos	370		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 19,87.

### P32 \* Edad Agrupada Tabla cruzada

			Edad Agrupada		Total
			18-21 años	Mayores 21 años	
P32	Ausencia	Recuento	48	25	73
		% dentro de Edad Agrupada	19,9%	19,4%	19,7%
	Algo	Recuento	55	44	99
		% dentro de Edad Agrupada	22,8%	34,1%	26,8%
	Bastante	Recuento	86	42	128
		% dentro de Edad Agrupada	35,7%	32,6%	34,6%
	Alto Grado	Recuento	52	18	70
		% dentro de Edad Agrupada	21,6%	14,0%	18,9%
Total		Recuento	241	129	370
		% dentro de Edad Agrupada	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,831 <sup>a</sup>	3	,077
Razón de verosimilitud	6,828	3	,078
Asociación lineal por lineal	2,608	1	,106
N de casos válidos	370		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 24,41.

### P33 \* Edad Agrupada Tabla cruzada

			Edad Agrupada		Total
			18-21 años	Mayores 21 años	
P33	Ausencia	Recuento	24	25	49
		% dentro de Edad Agrupada	10,1%	19,4%	13,4%
	Algo	Recuento	77	41	118
		% dentro de Edad Agrupada	32,4%	31,8%	32,2%
	Bastante	Recuento	108	45	153
		% dentro de Edad Agrupada	45,4%	34,9%	41,7%
	Alto Grado	Recuento	29	18	47
		% dentro de Edad Agrupada	12,2%	14,0%	12,8%
Total		Recuento	238	129	367
		% dentro de Edad Agrupada	100,0%	100,0%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,837 <sup>a</sup>	3	,050
Razón de verosimilitud	7,641	3	,054
Asociación lineal por lineal	2,856	1	,091
N de casos válidos	367		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 16,52.

## P34 \* Edad Agrupada Tabla cruzada

			Edad Agrupada		Total
			18-21 años	Mayores 21 años	
P34	Ausencia	Recuento	108	58	166
		% dentro de Edad Agrupada	45,8%	45,0%	45,5%
	Algo	Recuento	70	38	108
		% dentro de Edad Agrupada	29,7%	29,5%	29,6%
	Bastante	Recuento	44	22	66
		% dentro de Edad Agrupada	18,6%	17,1%	18,1%
	Alto Grado	Recuento	14	11	25
		% dentro de Edad Agrupada	5,9%	8,5%	6,8%
Total		Recuento	236	129	365
		% dentro de Edad Agrupada	100,0%	100,0%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,950 <sup>a</sup>	3	,813
Razón de verosimilitud	,926	3	,819
Asociación lineal por lineal	,181	1	,671
N de casos válidos	365		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 8,84.

### P35 \* Edad Agrupada Tabla cruzada

			Edad Agrupada		Total
			18-21 años	Mayores 21 años	
P35	Ausencia	Recuento	44	25	69
		% dentro de Edad Agrupada	18,6%	19,4%	18,9%
	Algo	Recuento	80	55	135
		% dentro de Edad Agrupada	33,8%	42,6%	36,9%
	Bastante	Recuento	85	33	118
		% dentro de Edad Agrupada	35,9%	25,6%	32,2%
	Alto Grado	Recuento	28	16	44
		% dentro de Edad Agrupada	11,8%	12,4%	12,0%
Total		Recuento	237	129	366
		% dentro de Edad Agrupada	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,579 <sup>a</sup>	3	,205
Razón de verosimilitud	4,644	3	,200
Asociación lineal por lineal	,963	1	,327
N de casos válidos	366		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 15,51.

### P36 \* Edad Agrupada Tabla cruzada

			Edad Agrupada		Total
			18-21 años	Mayores 21 años	
P36	Ausencia	Recuento	57	38	95
		% dentro de Edad Agrupada	24,1%	29,2%	25,9%
	Algo	Recuento	61	36	97
		% dentro de Edad Agrupada	25,7%	27,7%	26,4%
	Bastante	Recuento	63	32	95
		% dentro de Edad Agrupada	26,6%	24,6%	25,9%
	Alto Grado	Recuento	56	24	80
		% dentro de Edad Agrupada	23,6%	18,5%	21,8%
Total		Recuento	237	130	367
		% dentro de Edad Agrupada	100,0%	100,0%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,145 <sup>a</sup>	3	,543
Razón de verosimilitud	2,157	3	,540
Asociación lineal por lineal	2,133	1	,144
N de casos válidos	367		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 28,34.

**P37 \* Edad Agrupada Tabla cruzada**

			Edad Agrupada		Total
			18-21 años	Mayores 21 años	
P37	Ausencia	Recuento	46	30	76
		% dentro de Edad Agrupada	19,3%	23,1%	20,7%
	Algo	Recuento	61	35	96
		% dentro de Edad Agrupada	25,6%	26,9%	26,1%
	Bastante	Recuento	76	35	111
		% dentro de Edad Agrupada	31,9%	26,9%	30,2%
	Alto Grado	Recuento	55	30	85
		% dentro de Edad Agrupada	23,1%	23,1%	23,1%
Total		Recuento	238	130	368
		% dentro de Edad Agrupada	100,0%	100,0%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,326 <sup>a</sup>	3	,723
Razón de verosimilitud	1,329	3	,722
Asociación lineal por lineal	,582	1	,446
N de casos válidos	368		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 26,85.

### P38 \* Edad Agrupada Tabla cruzada

			Edad Agrupada		Total
			18-21 años	Mayores 21 años	
P38	Ausencia	Recuento	17	24	41
		% dentro de Edad Agrupada	7,1%	18,3%	11,1%
	Algo	Recuento	99	49	148
		% dentro de Edad Agrupada	41,3%	37,4%	39,9%
	Bastante	Recuento	97	42	139
		% dentro de Edad Agrupada	40,4%	32,1%	37,5%
	Alto Grado	Recuento	27	16	43
		% dentro de Edad Agrupada	11,3%	12,2%	11,6%
Total		Recuento	240	131	371
		% dentro de Edad Agrupada	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,644 <sup>a</sup>	3	,009
Razón de verosimilitud	11,143	3	,011
Asociación lineal por lineal	3,753	1	,053
N de casos válidos	371		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 14,48.

### P39 \* Edad Agrupada Tabla cruzada

			Edad Agrupada		Total
			18-21 años	Mayores 21 años	
P39	Ausencia	Recuento	7	4	11
		% dentro de Edad Agrupada	2,9%	3,1%	3,0%
	Algo	Recuento	37	31	68
		% dentro de Edad Agrupada	15,4%	24,0%	18,4%
	Bastante	Recuento	115	56	171
		% dentro de Edad Agrupada	47,9%	43,4%	46,3%
	Alto Grado	Recuento	81	38	119
		% dentro de Edad Agrupada	33,8%	29,5%	32,2%
Total		Recuento	240	129	369
		% dentro de Edad Agrupada	100,0%	100,0%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,235 <sup>a</sup>	3	,237
Razón de verosimilitud	4,122	3	,249
Asociación lineal por lineal	2,379	1	,123
N de casos válidos	369		

a. 1 casillas (12,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,85.

## P40 \* Edad Agrupada Tabla cruzada

			Edad Agrupada		Total
			18-21 años	Mayores 21 años	
P40	Ausencia	Recuento	17	10	27
		% dentro de Edad Agrupada	7,3%	7,9%	7,5%
	Algo	Recuento	40	33	73
		% dentro de Edad Agrupada	17,1%	26,0%	20,2%
	Bastante	Recuento	75	48	123
		% dentro de Edad Agrupada	32,1%	37,8%	34,1%
	Alto Grado	Recuento	102	36	138
		% dentro de Edad Agrupada	43,6%	28,3%	38,2%
Total		Recuento	234	127	361
		% dentro de Edad Agrupada	100,0%	100,0%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,059 <sup>a</sup>	3	,029
Razón de verosimilitud	9,182	3	,027
Asociación lineal por lineal	5,977	1	,014
N de casos válidos	361		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 9,50.

### P41 \* Edad Agrupada Tabla cruzada

			Edad Agrupada		Total
			18-21 años	Mayores 21 años	
P41	Ausencia	Recuento	27	26	53
		% dentro de Edad Agrupada	11,3%	20,2%	14,4%
	Algo	Recuento	71	39	110
		% dentro de Edad Agrupada	29,8%	30,2%	30,0%
	Bastante	Recuento	99	45	144
		% dentro de Edad Agrupada	41,6%	34,9%	39,2%
	Alto Grado	Recuento	41	19	60
		% dentro de Edad Agrupada	17,2%	14,7%	16,3%
Total		Recuento	238	129	367
		% dentro de Edad Agrupada	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,781 <sup>a</sup>	3	,123
Razón de verosimilitud	5,608	3	,132
Asociación lineal por lineal	4,084	1	,043
N de casos válidos	367		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 18,63.

### P42 \* Edad Agrupada Tabla cruzada

			Edad Agrupada		Total
			18-21 años	Mayores 21 años	
P42	Ausencia	Recuento	26	19	45
		% dentro de Edad Agrupada	10,9%	14,5%	12,2%
	Algo	Recuento	72	42	114
		% dentro de Edad Agrupada	30,3%	32,1%	30,9%
	Bastante	Recuento	93	47	140
		% dentro de Edad Agrupada	39,1%	35,9%	37,9%
	Alto Grado	Recuento	47	23	70
		% dentro de Edad Agrupada	19,7%	17,6%	19,0%
Total		Recuento	238	131	369
		% dentro de Edad Agrupada	100,0%	100,0%	100,0%



### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,419 <sup>a</sup>	3	,701
Razón de verosimilitud	1,401	3	,705
Asociación lineal por lineal	1,228	1	,268
N de casos válidos	369		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 15,98.

### P43 \* Edad Agrupada Tabla cruzada

			Edad Agrupada		Total
			18-21 años	Mayores 21 años	
P43	Ausencia	Recuento	37	25	62
		% dentro de Edad Agrupada	15,6%	19,2%	16,9%
	Algo	Recuento	74	37	111
		% dentro de Edad Agrupada	31,2%	28,5%	30,2%
	Bastante	Recuento	72	40	112
		% dentro de Edad Agrupada	30,4%	30,8%	30,5%
	Alto Grado	Recuento	54	28	82
		% dentro de Edad Agrupada	22,8%	21,5%	22,3%
Total		Recuento	237	130	367
		% dentro de Edad Agrupada	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,925 <sup>a</sup>	3	,819
Razón de verosimilitud	,915	3	,822
Asociación lineal por lineal	,267	1	,606
N de casos válidos	367		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 21,96.

### P44 \* Edad Agrupada Tabla cruzada

			Edad Agrupada		Total
			18-21 años	Mayores 21 años	
P44	Ausencia	Recuento	14	10	24
		% dentro de Edad Agrupada	5,8%	7,8%	6,5%
	Algo	Recuento	79	54	133
		% dentro de Edad Agrupada	32,9%	41,9%	36,0%
	Bastante	Recuento	107	47	154
		% dentro de Edad Agrupada	44,6%	36,4%	41,7%
	Alto Grado	Recuento	40	18	58
		% dentro de Edad Agrupada	16,7%	14,0%	15,7%
Total		Recuento	240	129	369
		% dentro de Edad Agrupada	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,065 <sup>a</sup>	3	,255
Razón de verosimilitud	4,049	3	,256
Asociación lineal por lineal	3,013	1	,083
N de casos válidos	369		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 8,39.

### P45 \* Edad Agrupada Tabla cruzada

			Edad Agrupada		Total
			18-21 años	Mayores 21 años	
P45	Ausencia	Recuento	11	11	22
		% dentro de Edad Agrupada	4,6%	8,4%	5,9%
	Algo	Recuento	51	37	88
		% dentro de Edad Agrupada	21,2%	28,2%	23,7%
	Bastante	Recuento	125	55	180
		% dentro de Edad Agrupada	51,9%	42,0%	48,4%
	Alto Grado	Recuento	54	28	82
		% dentro de Edad Agrupada	22,4%	21,4%	22,0%
Total		Recuento	241	131	372
		% dentro de Edad Agrupada	100,0%	100,0%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,662 <sup>a</sup>	3	,129
Razón de verosimilitud	5,560	3	,135
Asociación lineal por lineal	3,120	1	,077
N de casos válidos	372		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 7,75.

## P46 \* Edad Agrupada Tabla cruzada

			Edad Agrupada		Total
			18-21 años	Mayores 21 años	
P46	Ausencia	Recuento	29	20	49
		% dentro de Edad Agrupada	12,1%	15,5%	13,3%
	Algo	Recuento	67	41	108
		% dentro de Edad Agrupada	27,9%	31,8%	29,3%
	Bastante	Recuento	94	44	138
		% dentro de Edad Agrupada	39,2%	34,1%	37,4%
	Alto Grado	Recuento	50	24	74
		% dentro de Edad Agrupada	20,8%	18,6%	20,1%
Total		Recuento	240	129	369
		% dentro de Edad Agrupada	100,0%	100,0%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,950 <sup>a</sup>	3	,583
Razón de verosimilitud	1,938	3	,585
Asociación lineal por lineal	1,562	1	,211
N de casos válidos	369		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 17,13.

### P47 \* Edad Agrupada Tabla cruzada

			Edad Agrupada		Total
			18-21 años	Mayores 21 años	
P47	Ausencia	Recuento	115	62	177
		% dentro de Edad Agrupada	48,1%	47,7%	48,0%
	Algo	Recuento	63	37	100
		% dentro de Edad Agrupada	26,4%	28,5%	27,1%
	Bastante	Recuento	40	21	61
		% dentro de Edad Agrupada	16,7%	16,2%	16,5%
	Alto Grado	Recuento	21	10	31
		% dentro de Edad Agrupada	8,8%	7,7%	8,4%
Total		Recuento	239	130	369
		% dentro de Edad Agrupada	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,278 <sup>a</sup>	3	,964
Razón de verosimilitud	,278	3	,964
Asociación lineal por lineal	,048	1	,826
N de casos válidos	369		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 10,92.

### P48 \* Edad Agrupada Tabla cruzada

			Edad Agrupada		Total
			18-21 años	Mayores 21 años	
P48	Ausencia	Recuento	46	26	72
		% dentro de Edad Agrupada	19,1%	20,0%	19,4%
	Algo	Recuento	84	48	132
		% dentro de Edad Agrupada	34,9%	36,9%	35,6%
	Bastante	Recuento	82	31	113
		% dentro de Edad Agrupada	34,0%	23,8%	30,5%
	Alto Grado	Recuento	29	25	54
		% dentro de Edad Agrupada	12,0%	19,2%	14,6%
Total		Recuento	241	130	371
		% dentro de Edad Agrupada	100,0%	100,0%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,016 <sup>a</sup>	3	,111
Razón de verosimilitud	6,016	3	,111
Asociación lineal por lineal	,100	1	,752
N de casos válidos	371		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 18,92.

**P49 \* Edad Agrupada Tabla cruzada**

			Edad Agrupada		Total
			18-21 años	Mayores 21 años	
P49	Ausencia	Recuento	105	66	171
		% dentro de Edad Agrupada	43,9%	51,6%	46,6%
	Algo	Recuento	67	27	94
		% dentro de Edad Agrupada	28,0%	21,1%	25,6%
	Bastante	Recuento	41	24	65
		% dentro de Edad Agrupada	17,2%	18,8%	17,7%
	Alto Grado	Recuento	26	11	37
		% dentro de Edad Agrupada	10,9%	8,6%	10,1%
Total		Recuento	239	128	367
		% dentro de Edad Agrupada	100,0%	100,0%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,160 <sup>a</sup>	3	,368
Razón de verosimilitud	3,204	3	,361
Asociación lineal por lineal	,900	1	,343
N de casos válidos	367		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 12,90.

### P50 \* Edad Agrupada Tabla cruzada

			Edad Agrupada		Total
			18-21 años	Mayores 21 años	
P50	Ausencia	Recuento	23	15	38
		% dentro de Edad Agrupada	9,5%	11,5%	10,2%
	Algo	Recuento	55	33	88
		% dentro de Edad Agrupada	22,8%	25,4%	23,7%
	Bastante	Recuento	77	34	111
		% dentro de Edad Agrupada	32,0%	26,2%	29,9%
	Alto Grado	Recuento	86	48	134
		% dentro de Edad Agrupada	35,7%	36,9%	36,1%
Total		Recuento	241	130	371
		% dentro de Edad Agrupada	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,546 <sup>a</sup>	3	,672
Razón de verosimilitud	1,558	3	,669
Asociación lineal por lineal	,237	1	,626
N de casos válidos	371		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 13,32.

Tabla V Frecuencias de ítems

	N		Media	Mediana	Moda	Desviación estándar	Varianza
	Válido	Perdidos					
P1	371	2	1,45	1,00	1	0,795	0,632
P2	370	3	1,53	1,00	1	0,840	0,705
P3	372	1	1,44	1,00	1	0,928	0,861
P4	371	2	2,04	2,00	3	0,934	0,872
P5	373	0	2,27	3,00	3	0,933	0,870
P6	371	2	1,85	2,00	3	1,043	1,087
P7	371	2	2,03	2,00	2	0,891	0,794
P8	373	0	1,39	1,00	1	0,856	0,732
P9	367	6	1,79	2,00	2	0,879	0,773
P10	371	2	2,17	2,00	3	0,829	0,687
P11	370	3	1,91	2,00	2	0,849	0,721
P12	371	2	1,80	2,00	2	0,843	0,711
P13	368	5	1,55	2,00	1	0,824	0,679
P14	371	2	2,01	2,00	2	0,918	0,843
P15	371	2	1,98	2,00	2	0,828	0,686
P16	370	3	1,98	2,00	2	0,935	0,875
P17	371	2	1,80	2,00	2	0,956	0,915
P18	372	1	1,22	1,00	1	0,912	0,831
P19	359	14	1,34	1,00	1	0,984	0,968
P20	360	13	1,44	1,00	1	0,957	0,915
P21	369	4	1,27	1,00	1	0,923	0,852
P22	363	10	1,76	2,00	2	0,998	0,996
P23	368	5	1,95	2,00	3	1,020	1,041
P24	369	4	1,77	2,00	2	0,859	0,738
P25	365	8	2,00	2,00	3	1,057	1,118
P26	358	15	2,27	3,00	3	1,033	1,068
P27	369	4	1,99	2,00	2	0,941	0,886
P28	371	2	1,87	2,00	2	0,842	0,710
P29	367	6	2,05	2,00	3	0,953	0,908
P30	367	6	1,96	2,00	2	0,931	0,867
P31	370	3	1,76	2,00	2	1,012	1,023
P32	370	3	1,53	2,00	2	1,012	1,025
P33	367	6	1,54	2,00	2	0,880	0,774
P34	365	8	0,86	1,00	0	0,945	0,893
P35	366	7	1,37	1,00	1	0,924	0,854
P36	367	6	1,44	1,00	1	1,097	1,203
P37	368	5	1,56	2,00	2	1,061	1,125
P38	371	2	1,50	1,00	1	0,839	0,705
P39	369	4	2,08	2,00	2	0,788	0,622
P40	361	12	2,03	2,00	3	0,941	0,885
P41	367	6	1,57	2,00	2	0,929	0,863
P42	369	4	1,64	2,00	2	0,926	0,857
P43	367	6	1,58	2,00	2	1,015	1,031
P44	369	4	1,67	2,00	2	0,818	0,668
P45	372	1	1,87	2,00	2	0,823	0,677
P46	369	4	1,64	2,00	2	0,948	0,899
P47	369	4	0,85	1,00	0	0,981	0,962
P48	371	2	1,40	1,00	1	0,960	0,922
P49	367	6	0,91	1,00	0	1,021	1,042
P50	371	2	1,92	2,00	3	1,002	1,004

**Tabla VI Media de factores por orden estresor**

	Media	Moda
P26	2,27	3
P5	2,27	3
P10	2,17	3
P29	2,05	3
P4	2,04	3
P40	2,03	3
P25	2,00	3
P23	1,95	3
P50	1,92	3
P6	1,85	3
P39	2,08	2
P7	2,03	2
P14	2,01	2
P27	1,99	2
P15	1,98	2
P16	1,98	2
P30	1,96	2
P11	1,91	2
P28	1,87	2
P45	1,87	2
P12	1,80	2
P17	1,80	2
P9	1,79	2
P24	1,77	2
P31	1,76	2
P22	1,76	2
P44	1,67	2
P46	1,64	2
P42	1,64	2
P43	1,58	2
P41	1,57	2
P37	1,56	2
P33	1,54	2
P32	1,53	2
P13	1,55	1
P2	1,53	1
P38	1,50	1
P1	1,45	1
P20	1,44	1
P36	1,44	1
P3	1,44	1
P48	1,40	1
P8	1,39	1
P35	1,37	1
P19	1,34	1
P21	1,27	1
P18	1,22	1
P49	0,91	0
P34	0,86	0
P47	0,85	0